Über para- und perimetritische Exsudate.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 21. December 1897

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Siegmund Isenburg

pract. Arzt

aus Kriescht (Kreis Sternberg).

OPPONENTEN:

Herr Dr. med. Alfred Marcuse, pract. Arzt.
- Dr. phil. Leo Hirschlaff, pract. Arzt.
- Dr. med. William Ledermann.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535723_0245

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Im Hinblick auf die grosse Bedeutung, die die Abscesse des weiblichen Beckens für den Gynäkologen besitzen, ist es einigermassen verwunderlich, dass diesen Processen erst in verhältnismässig später Zeit grössere Aufmerksamkeit gewidmet wurde. Bis in unser Jahrhundert sind die in der Litteratur vorhandenen Andeutungen hierüber recht spärlich. Bei Archigenes — im 2. Jahrhundert unserer Zeitrechnung — und bei einigen späteren Autoren, wie Oribasius, Aëtius etc., wird des Abscesses der Gebärmutter Erwähnung gethan, während Paulus Beobachtungen anführt, die sich auf Eiteransammlungen oberhalb des Uterus beziehen.

Von französischen Autoren aus der Mitte des 18. Jahrhunderts werden die Entzündungen der Organe des weiblichen Beckens als postpuerperale Tumoren beschrieben und auch hinsichtlich ihrer Ätiologie mit dem Puerperium in Verbindung gebracht. So glaubte Mauriceau, dass diese Processe auf Rechnung einer Retention der Lochien zu setzen seien, während Puzos sie von einer Metastase der Milch herleitete. Diese Anschauung Puzos' fand auch bei deutschen Gynäkologen Eingang und wurde noch von A. E. Siebold, Busch u. a. vertreten. Erst die Untersuchungen Nonats über die Entzündungen des Beckenperitoneums und Beckenzellgewebes aus dem Jahre 1846 haben die Kenntnisse über die Beckenabscesse beträchtlich erweitert. Er zeigte, dass diese sich auch ausserhalb des Puerperiums abspielen, und kannte auch schon den acuten und subacuten Verlauf derselben[1]). Mit der Klarlegung der anatomischen Verhältnisse des kleinen Beckens durch Luschka[2]), Freund[3]),

König[4]), die die Art der Peritonealauskleidung und die Anordnung und Verteilung des Beckenbindegewebes eingehend studierten, wuchs auch das Verständnis für das Wesen der Beckenabscesse.

Trotz dieser Kenntnisse bereitet die Einteilung der Beckenabscesse noch bis zum heutigen Tage Schwierigkeiten. So versteht Thomas[5]) hierunter jede Eiteransammlung, „welche in dem Becken ihren Ursprung nimmt und nicht nur einfach durch dasselbe geht, ohne Ansehen der Veranlassung zur Eiterbildung". Nach Pozzi[6]) ist das Charakteristikum des Beckenabscesses „in chirurgischem Sinne, dass dieser keine freie und unabhängige, keine enuclierbare oder gestielte und plastisch hervortretende, sondern im Gegenteil eine pelveo-parietale, an das ihm als Wandung dienende Becken verlötete Masse darstellt". Vom rein anatomischen Gesichtspunkte teilt Landau[7a]) die Beckenabscesse in extra- und intraperitoneale, von denen die ersteren in Abscesse in präformierten und in solche in nicht präformierten Räumen zerfallen. Zu jenen gehören die Abscesse der Tuben und Ovarien. Unter intraperitonealen Abscessen versteht Landau in erster Linie „Eiterungen, die sich in den durch Pelveoperitonitis fibrosa entstandenen Abkapselungen bilden".

Die weitaus grösste Bedeutung von diesen Abscessen beanspruchen in klinischer Beziehung die der Tuben und Ovarien. Beweisend für die Häufigkeit der Adnexerkrankungen ist u. a. die Zusammenstellung von Schaute[8]), der unter 6315 gynäkologischen Patientinnen 1130 Fälle von entzündlichen Affectionen der Adnexe beobachtete. Seitdem Noeggerath[9]) nachgewiesen hat, dass in der grössten Zahl von Erkrankungen der Anhänge die Gonorrhoe das ätiologische Moment ist, hat sich das Interesse der Gynäkologen, was bei der weiten Verbreitung des Trippers verständlich ist, stark auf diese Affection concentriert. Die Litteratur speciell über Pyosalpinx ist überaus umfangreich. Ich erwähne hier nur die Arbeiten von Gusserow[10]), Rosthorn[11]), Zweifel[12]) und Landau[13]). In neuester Zeit tobt der Streit um die Behandlungsweise dieser Form der Beckenabscesse, und es tritt wohl kaum ein Gynäkologencongress zusammen, in dem nicht über diese Frage die weitgehendsten Erörterungen ge-

pflogen werden. Von Bedeutung für die Art des operativen Eingriffs wurde die von Péan[14]) in Vorschlag gebrachte und angewandte Castratio uterina. Péan entfernte den Uterus und eröffnete die Eitersäcke, während er die Adnexe zurückliess. Durch diese Methode sollte allein dauernde Heilung zu erzielen sein. Segond[15]) verstieg sich sogar zu der Behauptung, dass es wichtiger sei, den Uterus zu entfernen und die erkrankten Appendices zurückzulassen als umgekehrt. Landau[7b]) brachte dann in Fällen von complicierten Beckenabscessen, unter denen er „diejenigen versteht, bei denen es sich um mehrere getrennte Eiterabkapselungen handelt", die Hystero-Salpingo-Oophorectomia vaginalis in Anwendung. Es soll hier nicht entschieden werden, welche Art des operativen Eingriffs zu bevorzugen ist. Constatiert soll nur werden, dass 29 Fälle doppelseitiger Pyosalpinx, die vom Verfasser aus den Krankengeschichten der Klinik des Herrn G.-R. Gusserow (1894—96) zusammengestellt wurden, durch Laparotomie behandelt worden sind. Nur in einem Falle kam es zum Exitus letalis infolge eitriger Peritonitis, die durch das bei der Ausschälung erfolgte Platzen einer frischen eitrigen Pyosalpinx eintrat. Diese hatte sich im Anschluss an einen Partus entwickelt. Alle andern Patientinnen wurden durchschnittlich vier Wochen nach der Operation geheilt entlassen.

So grosse Beachtung den Eiteransammlungen in den Tuben geschenkt wurde, so wenig ist in der Litteratur die Bedeutung der para- und perimetritischen Exsudate gewürdigt worden. In den folgenden 75 Krankengeschichten, die dem Material der unter Leitung des Herrn G.-R. Gusserow stehenden gynäkologischen Abteilung der Kgl. Charité zu Berlin entnommen wurden, sind die in den Jahren 1894—96 zur Beobachtung gelangten Fälle von para- und perimetritischen Abscessen zusammengestellt.

Fälle.

Fall 1. Frl. M. 23 J. 0 P., 1 A.

Letzte Regel 20.—27. I. 94. Während derselben Schüttelfrost, Fieber, Erbrechen, heft. Schmerzen im Unterleib, bes. bei Berührung. D. Schüttelfröste wiederholen sich. Nach d. Abort, d. am 24. II. 92 war, 8 Wochen lang fieberhafte Erkrankung.

1. II. 94 aufg. Ut. leicht anteflectiert, hint. Scheidengewölbe herabgedrängt durch einen schmerzhaften, harten Tumor, der bis an d. Kreuzbein reicht. Per rectum derselbe Tumor zu fühlen. Temp, 38,7. 6. II. Von aussen rundl. Tumor fühlbar, der die Symph. um 2 Querfinger überragt.

6. II. 94. Probepunction ergiebt Eiter. Incision. 1 l übelriechender Eiter wird entleert. Drainage. Jodoformgazetampons. Vom 7. II. an fieberfreier Verlauf. Diagn. Parametritis purul. — 19. II. 94. Geh. entl.

Fall 2. Fr. R. 43 J. 10 P. 3 A.

Letzter Abort am 11. II. 94 mit starker Blutg. Nach 14 Tagen heftige Schmerzen. Curettement. D. Schmerzen werden stärker.

10. III. 94 aufg. Temp. 37,4. Prolaps d. hint. Vaginalwand. Hinter d. Portio diffuse Resistenz, die hinten u. seitl. d. Beckenwandgen. erreicht. Ther.: Bäder, Opium, Ausspülgen. 10. III.—20. III. Temp. zw. 37—39. 20. III. Temp. 39,6. D. Resistenz im hint. Scheidengewölbe ist noch sehr hart. 24. III. Ut. stark nach d. Symphys. gedrängt. Undeutliche Fluctuation.

24. III. 94. Probepunction ergiebt Eiter. Incision. Drainage. Temp. vom 25. III. an normal. 27. III. vom l. Scheidengewölbe apfelgrosser, sehr weicher Tumor fühlbar. Incision entleert ½ l Eiter. Drainage. Diagn. Parametritis purul. multiplex. — 27. IV. 94. Geh. entl.

Fall 3. Fr. K. 22 J. 2 P., 0 A.

Letzter Partus 3. IV. 94. Am 7. Tage d. Wochenbetts Schüttelfrost, dann 3 Tage unregelm. Fieber bis 40, zugleich Schmerzen in d. r. Unterbauchseite. Andauern der Beschwerden.

15. V. 94 aufgen. Ut. kindskopfgross, zieml. hart. Im r. Parametrium eine flache, an d. Ut. herangehende Resistenz. Temp. 39,4. Aus d. Cervicalkanal schleimig-eitriges Secret. Am 17., 18., 19. V. Ut.-Ausspülungen, die wiederholt Blutgerinnsel entleeren. 19. V.—30. V. Abendtemp. schwanken zw. 39—40,2. Wiederholte Schüttelfröste u. Bronchitis. 30. V. viel Husten, Leib leicht aufgetrieben, druckempfindlich; mehrere Schüttelfröste. 31. V. Erbrechen. Abendtemp. 41,1. 1. VI. Abdomen über dem l. u. r. Hypogastrium druckempfindlich. Ausserordentlich stinkende, diarrhoische Stühle. 5. VI. 4 Querfinger unter d. Nabel eine Dämpfung, die sich nach d. r. Leistengegend hinzieht. Oberhalb d. r. Poupartschen Bandes deutl. Resistenz im Bereich d. Dämpfg. 11. VI. Im r. Parametr. schwielige Massen. Im hint. Scheidengewölbe weiche, wenig druckempfindl. Resistenz. Andauerndes Fieber. 13. VI. Deutl. Vorwölbung im Douglas, fluctuierend.

13. VI. 94. Probepunction ergiebt grau-grünlichen, geruchlosen Eiter. Incision entleert wenig Eiter, auch bei stumpfem Vorgehen nicht mehr. Jodoformgazetampons. 14. VI. Bei Entfernung der Tampons entleert sich ein Abscess von $^1/_3$ l Eiter, der Staphylococcen und Streptococcen enthält. 19. VI. R. neben d. Incisionsstelle ergiebt die Probepunction Eiter. Bei d. Incision an dieser Stelle werden grosse Mengen grau-gelben, stinkenden Eiters mit Massen abgestorbener Gewebsfetzen entleert. 11. VII. Durch d. Drain entleeren sich noch Eiter u. Gewebsfetzen. Ut. bedeutend verkleinert. Im r. Parametr. harte, höckrige Resistenz. Temp. normal. 25. VII. Drain fortgelassen, da sich kein Eiter mehr entleert. 24. VIII. Menses. 6. IX. Heft. Schmerzen in d. r. Seite. Temp. 39,9. Am nächsten Tage Temperatur normal, Schwinden d. Schmerzen. Diagn. Parametritis purul. multiplex. — 25. IX. 94. Entl. Ut. frei beweglich, im kl. Becken noch geringe, nicht schmerzhafte Exsudatmassen.

Fall 4. Fr. M. 38 J. 8 P., 4 A.

Letzter Abort am 24. IV. 94. Darauf Curettement. Seit d. 7. V. wehenartige Kreuz- und Leibschmerzen. Obstipation.

8. V. 94 aufgen. Temp. 37,5. Abdomen in d. Blasengegend u. d. Ligg. Poup. druckempfindl. Nach hinten schliesst sich an d. Portio ein elastischer, von d. Beckenwandungen nicht abgrenzbarer, unbewegl. Tumor an.

11. V. 94. Probepunction im hint. Scheidengewölbe ergiebt dicken, stinkenden Eiter. Incision entleert 1 l davon. Ausspülung. Drain. 16. V. Eiterung sehr gering. Drain weggelassen. Fieberloser Verlauf. Diagn. Perimetritis purul. — 26. V. 94. Geh. entl. Im hint. Scheidengewölbe Incisionsnarbe.

Fall 5. Fr. G. 38 J. 4 P., 1 A.

Letzte Mens. 1. II. 94. 8. III. Abort, Curettement. Im Anschluss daran Leibschmerzen, Appetitlosigkeit, Durstgefühl.

21. III. 94 aufgen. Abdomen unter d. Nabel aufgetrieben. Dämpfg. d. Unterbauchgegend. Vom hint. Scheidengewölbe eine bis in Nabelhöhe reichende Resistenz fühlbar. Temp. 37,6.

21. III. 94. Probepunction vom hint. Scheidengewölbe ergiebt Fiter. Incision entleert 1 l davon. 22. III. Oberhalb d. l. Lig. Poup. fluctuierender Tumor. Probepunction ergiebt Eiter. Schichtweise Durchtrennung der Bauchdecken. Eröffnung einer grossen Abscesshöhle. $1^1/_2$ l Eiter, der stinkt, wird entleert. 1. IV. Erhebliche Besserung im Befinden. Beide Wunden secernieren gering, doch stinkt der Eiter noch. 5. IV. Schüttelfrost. Temp. 40,3. 10. IV. Erbrechen. Im Urin Blut, Eiter, Bacterien. 11. IV. Erbrechen grüner Massen. Linksseitige Pneumonie. Im rostfarbenen Sputum Influenzabacillen. 12. IV. Puls sehr frequent, klein, Collaps. Diagn. Peritonitis purul. — 13. IV. 94. Exitus letalis. Befund: Pneumonia fibrinosa duplex. Peritonitis apostematosa. Abscesse zwischen d. einzelnen Darmschlingen. Beide Parametrien durch alte Entzündungsprocesse verklebt, keine Eiteransammlung daselbst.

Fall 6. Fr. H. 40 J. 1 P., 0 A.

Letzte Mens. 28. III. 94. 13. IV. Leibschmerzen, Kreuzschmerzen, aufgetriebener Leib. 17. IV. Erbrechen.

18. IV. 94 aufgen. Temp. 37,1. Leib kugelförmig aufgetrieben. In d. Auftreibung ein mannskopfgrosser Tumor fühlbar, der d. Mittellinie beiderseits gleichmässig überragt. Hint. Scheidengewölbe durch eine weiche, kuglige Geschwulst vorgewölbt, die d. ganz. Raum zw. Ut. u. Kreuzbein ausfüllt. 19. IV. Tumor weder von aussen, noch von d. Scheide mehr fühlbar. Im hint. Scheidengewölbe noch eine weiche Masse. 21. u. 22. IV. Erbrechen. Kl. Puls.

22. IV. 94. Punction vom hint. Scheidengewölbe entleert serös-eitrige Flüssigkeit. Incision entleert 1 l davon. 23. IV. Benommenheit d. Sensorium. Kleiner Puls. Urin stark sauer, grosser Indicangehalt. Diagn. Perimetritis purul. — 23. IV. 94. Exitus letalis. Befund: Zw. Blase u. Ut. eine faustgrosse, mit Eiter gefüllte Höhle, die mit d. Blase communiciert. Ut. durch Adhäsionen fixiert. Im l. Parametr. mehrere mit klarer Flüssigkeit gefüllte Höhlen. Im r. Ovarium Corpus luteum. Parametritis et Paracystitis apostematosa cum perforatione vesicae. Perimetritis et Perioophoritis adhaesiva.

Fall 7. Frl. L. 29 J. 1 P., 0 A.

Letzte Mens. Aug. 93. 26. IV. 94. Partus. 30. IV. Schüttelfrost u. andauerndes Erbrechen. Dazugesellt sich 25. V. Thrombophlebitis am l. Oberschenkel, der früher einmal gebrochen sein soll. Guajakol-Einpinselungen.

12. VI. 94 aufgen. Von d. angeschwollenen l. Lab. majus erstreckt sich eine verdickte, gerötete Hautpartie bis über d. Sp. a. s. hinweg bis handbreit von d. Wirbelsäule. Auf d. Höhe dieser teigigen Infiltration deutl. Fluctuation. Temp. 38,4.

12. VI. 94. Eröffnung d. Abscesses durch schichtweise Durchtrennung d. Bauchdecken über der l. Crista oss. ilei. Es entleert sich übelriechender Eiter. 2 Drains eingelegt. 14. VI. Temp. 38,2. 16. VI. Anlegung von 3 Gegenöffnungen. 8. VII. Incision über d. l. Crista ilei fest geschlossen, sehr wenig Sekretion. Ichthyolsalbenverband. 16. VII. Wunde völlig geschlossen. Temp. vom 15. VI. an normal. Diagn. Sepsis puerperalis. Thrombophlebitis. Arthritis puerperalis septica. 31. VIII. 94. Geh. entl.

Fall 8. Fr. R. 34 J. 4 P., 0 A.

Letzter Partus 29. III. 94. 1. IV. Schüttelfrost u. Fieber. Brennende Schmerzen im Abdomen, die fortbestehen.

30. IV. 94 aufgen. Temp. 38,9. Abdomen aufgetrieben. Ueber dem l. Lig. Poup. sehr empfindliche Resistenz, die durch eine von d. Mitte d. l. Darmbeinkammes bis zur Symph. gehende Linie begrenzt ist. Von der Scheide ist diese Geschwulst nur teilweise zu erreichen. Warme Umschläge. 4. V. Temp. 38,6. Deutl. Fluctuation.

5. V. 94. Incision oberhalb d. l. Lig. Poup. Schichtweise Durchtrennung d. Bauchdecken. Reichlich Eiter entleert. Temp. vom 6. V. an normal. Wunde secerniert. 26. V. Wunde vollständig vernarbt. Diagn. Parametritis purul. sinistra. — 1. VI. 94. Ohne Beschwerden entl. Oberhalb d. l. Lig. Poup. noch eine handtellergrosse Resistenz fühlbar, die mit einer, von d. Vagina aus zu fühlenden, dem l. Parametr. angehörenden weichen Exsudatmasse zusammenhängt.

Fall 9. Frl. H. 20 J. 0 P., 1 A.

5. VI. 94 Abort. Ende März letzte Regel. Vor d. Menses stets Schmerzen in d. r. S. 11. VI. Schmerzen in d. r. Seite. Beschwerden beim Kot- und Urinlassen. 25. VI. Fieber.

26. VI. 94 aufgen. Temp. 38,5. Puls 120 p. m. Schmerz in d. r. Unterbauchgegend und daselbst eine Resistenz fühlbar, 2 Finger breit über d. r. Lig. Poup. Von d. Vagina aus im r. Parametr. ebenfalls eine Geschwulst fühlbar, die d. Raum zw. Ut. u. Beckenwand vollständig ausfüllt. Nirgends Fluctuation. Im Urin Eiweiss, Indican; im Sediment Vaginal-, Blasen-Epithelien, Eiterzellen. 30. VI. Im Urin grosse Eitermengen. Viele Streptococcen u. Staphylococcen u. Fäulnisbacillen. Dieser Status hält lange an. Im r. Parametr. noch Resistenz fühlbar. Lauwarme Sitzbäder. 2 mal tgl. heisse Scheidenausspülungen. 11. VII. Im Urin noch sehr viel Eiter. Geringe Beschwerden. Temp. normal. 12. VII. Geringes Brennen beim Urinlassen.

Diagn. Parametritis purul. dextr. mit spontanem Durchbruch in d. Blase. — 17. VIII. 94. Entl. Parametr. frei, Blasenbeschwerden ganz unbedeutend.

Fall 10. Fr. B. 21 J. 4 P., 1 A.

Letzte Mens. Ende April 94. 28. VI. Fall vom Stuhl; in d. folg. Nacht Wehen, Blutung, Tamponade. 30. VI. Tampon entfernt, Curettement, Scheidenausspülungen. 2. VII. Schüttelfrost u. Fieber. Schmerzen über d. r. Lig. Poup. Tägl. Wiederholung d. Schüttelfrostes, Aufstossen u. Erbrechen. Bereits am 30. VI. soll Resistenz im Douglas gewesen sein. Vor der Tamponade schon 38.

8. VII. 94 aufgen. Leib aufgetrieben, sehr druckempfindl. R. über d. Lig. Poup. u. d. Symph. schmerzhafte Resistenz. Vom hint. Scheidengewölbe ein glatter Tumor fühlbar, der d. Scheidengewölbe hervordrängt u. nicht beweglich ist u. sich weder vom Ut. noch hinten von d. Beckenwandungen abgrenzen lässt. 9. VII. Schüttelfrost. Temp. 40,8. 10. VII. Grosse Mengen stinkenden Eiters aus d. Rectum entleert. Häufiger Stuhlgang. Temp, 39,5. Nach d. Entleerung Nachlassen d. Unterleibsbeschwerden. 11. VII. Bei Druck auf d. über d. r. Lig. Poup. fühlbare Resistenz spritzt Eiter aus d. Rectum. Exsudat wesentlich kleiner, doch noch deutl. Fluctuation im Douglas.

11. VII. 94. Incision vom hint. Scheidengewölbe. Entleerung eines $^1/_2$ l stinkenden Eiters. Lysolausspülung. Drainage. Tägl. Fieber bis zu 39. 17. VII. Noch starke Eiterung aus d. Scheidenwunde. 23. VII. In d. r. Leistengegend noch Resistenz fühlbar, die nur wenig druckempfindlich ist. Vom 27. VII. an Temp. normal. Diagn. Perimetritis purul. mit Durchbruch nach d. Rectum. — 7. VIII. 94. Entl. Sekretion geschwunden. Im Douglas nicht schmerzhafte Resistenz.

Fall 11. Frl. R. 16 J. 0 P., 0 A.

Letzte Mens. 20. VI. 94. Gonorrhoe. 24. VII. erkrankte Pat. unter Fieber u. Unterleibsschmerzen, dann eitriger Ausfluss. Fieber schwand, Ausfluss u. Schmerzen blieben bestehen. In letzter Zeit noch heft. Schmerzen beim Urinlassen.

31. VII. 94 aufgen. Abdomen über d. Lig. Poup. beiderseits druckempfindl. Ut. nach r. verlagert. L. u. vor ihm, also

zw. Ut. u. Blase, ein weicher, etwa mannskopfgrosser Tumor fühlbar, der mit d. Ut. durch einen Stiel zusammenhängt u. nur schwer beweglich ist. Temp. 37,1. 5. VIII. Sehr starke Schmerzen im Abdomen. Temp. 39. D. heft. Schmerzen durch Eisblase beseitigt. Periodisch auftretende Wehen. Starke Blutungen. Verdacht auf Abort, der auch besteht u. ausgeräumt wird, am 6. VIII. Temp. 39,5.

6. VIII. 94. Tumor zw. Ut. u. Blase wird punctiert und ergiebt braunrote, fadenziehende Flüssigkeit mit vielen Rundzellen u. wenig roten Blutkörperchen. 14. VIII. Schüttelfrost, Temp. 39,1. Es wird ein Einschnitt in d. vord. Scheidengewölbe gemacht, stumpf zw. Ut. u. Blase zur Geschwulst vorgegangen u. diese punctiert. Es ergiebt sich eine eitrig-blutige Flüssigkeit. D. Incision entleert nur wenig davon. 16. VIII. Grosse Druckempfindlichkeit d. Leibes. Tägl. Fieber bis 39,1. 24. VIII. R. über d. Lig. Poup. nach oben abgrenzbare Resistenz, die in d. Tiefe fluctuiert. Von d. Vagina eine zw. Blase u. Ut. liegende, das vord. Scheidengewölbe vorwölbende Geschwulst. Punction ergiebt stark stinkenden, chocoladefarbenen Eiter; d. Incision entleert $1\frac{1}{2}$ l davon. Drain. 29. VIII. Aus d. Drain u d. Vagina Urin, der mit Eiter vermischt ist. Blasenscheidenfistel. Dauerkatheter. Temp. 38,0. Vom 1. IX. an dauernd fieberfrei. 24. IX. Katheter fortgelassen. Diagn. Parametritischer Abscess zw. Ut. u. Blase. — 22. X. 94. Geh. entl. Ut. beweglich, etwas nach r. verlagert. R. Parametr. infiltriert, l. frei.

Fall 12. Fr. S. 46 J. 0 P. 3 A.

Letzter Abort 1880. Letzte Menses Ende Juli 94. Fluor albus. Seit 8 Wochen bestehen anfallsweise auftretende Schmerzen im Abdomen.

1. IX. 94 aufgen. Abdomen gespannt, druckempfindlich. Ut. liegt kaum beweglich eingebettet in einem ihn von hinten u. r. umschliessenden u. d. Raum zw. Ut. u. hinterer u. r. Beckenwand vollständig ausfüllenden, harten Tumor. 1. IX. 94. Probepunction ergiebt Eiter.

6. IX. 94. Incision im r. Scheidengewölbe. Stumpfes Vorgehen führt zu einem deutlich fluctuierenden Tumor. Weiteres Vorgehen eröffnet d. Blase R. von d. Blase fluctuierender Abscess, der stumpf eröffnet wird u. $\frac{3}{4}$ l Eiter entleert. Drainage, 2 Gummi-Drains. Dauerkatheter. 7. IX. Urin fliesst durch die Scheide ab, da d. Katheter verstopft ist. 23. IX. Drain fortgelassen, Jodoformgazetampon. 28. IX. Katheter fortgelassen. Spontane Urinentleerung. Diagn. Parametr. purul. dxtr. — 2. X. 94. Entl. Noch Abgang des Urins durch d. Scheide. Späterer Bericht vom 10. X.: Blasenscheidenfistel völlig geschlossen.

Fall 13. Fr. H. 39 J. 0 P., 1 A.

Letzte Mens. 10. VIII. 94. Mitte Aug. Stechen im Unterleib u. Urinbeschwerden. Geringer Ausfluss.

29. VIII. 94 aufgen. Abdomen gespannt, sehr druckempfindlich, bes. in d. l. Fossa iliaca. Ut. vergrössert, retroflectiert. L. von u. vor ihm mannsfaustgrosser, derber Tumor, der vom Ut., aber nicht von d. l. Beckenwand abgrenzbar ist. Temp. 37,1. Am 3. IX. Menses.

5. IX. 94. Incision vom hint. Scheidengewölbe entleert reichlich Eiter; Drainage. 10. IX. noch reichl. Eiterung durch d. Drain. Temp. 38,1. 2. X. Drain herausgenommen. Jodoformgazetampon. Ut. am Kreuzbein durch 2 Stränge adhärent. Temp. vom 17. IX. an normal. Diagn. Parametr. purul. sin. — 31. IX. 94. Geh. entl.

Fall 14. Frl. N. 24 J. 1 P., 0 A.

Seit 2 J. Ausfluss. Letzte Mens. 14. IX. 94. Aufnahme wegen d. Ausflusses.

15. IX. 94 aufgen. 24.—27. IX. starke Blutung, mit Schmerzen verbunden. Schmerzen beim Urinlassen u. Stuhlgang. 28. IX. Temp. 38,9. Hint. Scheidengewölbe durch eine harte Geschwulst vorgewölbt.

28. IX. 94. Punction ergiebt Eiter. Incision entleert grosse Massen von Eiter. 29. IX.—2 X. täglich Erbrechen. Abendtemp. bis 39. 2. X. Im l. Parametr. ein bis in d. Douglas reichendes Exsudat. Incision entleert grosse Mengen Eiters. An d. folgenden Tagen Erbrechen. 7. X. Nochmals Entleerung eines Abscesses. Temp. 37,8. Puls sehr klein. Grosse Unruhe u. Benommenheit. Diagn. Parametritis et Peritonitis purul. — 8. X. 94. Exitus letalis. Befund: Peritonitis purulenta. Es besteht eine Communication zw. d. parametr. Abscess u. d. Bauchhöhle.

Fall 15. Fr. H. 33 J. 0 P., 0 A.

Letzte Mens. 12. V. 94. 4. VII. 94. Abort. 24. VII. heft. Kreuzschmerzen, die tägl. an Intensität zunehmen. Nachts einmal Schüttelfrost.

8. VIII. 94 aufgen. Temp. 37,2. Vom hint. Scheidengewölbe aus fühlt man einen schmerzhaften, leicht fluctuierenden Tumor, der d. Scheidengewölbe etwas hervordrängt u. von d. hint. Beckenwand nicht abgrenzbar ist.

8. VIII. 94. Punction ergiebt Eiter. Incision eröffnet einen grossen Abscess. Drain. 17. VIII.—20. VIII. Menses. 22. VIII. Wunde secerniert nicht mehr. Tägl. Sitzbäder. Temp. dauernd normal. Diagn. Perimetritis purul. — 29. VIII. 94. Geh. entl. Im Douglas kl. nicht druckempfindl. Schwarte.

Fall 16. Fr. M. 49 J. 1 P., 0 A.

Letzte Mens. Jan. 94. Ende Juni Fieber, starke Unterleibsschmerzen, die bes. bei d. Defäcation intensiv sind. Umschläge erfolglos.

18. VIII. 94 aufgen. Temp. 39,3. Leib aufgetrieben, sehr druckempfindl. Über d. Symph. u. d. r. Lig. Poup. zw. Ut. u. Blase fluctuierende Geschwulst, die d. vord. u. r. Scheidengewölbe nach unten vordrängt.

31. VIII. 94. Punction d. vord. Scheidengewölbes ergiebt Eiter. Incision u. stumpfes Vorgehen eröffnet einen Eiterherd, aus dem sich 1 l. stinkenden Eiters entleert. Drain. Temp. vom 19. VIII normal. 28. VIII. Drain fortgelassen. Diagn. Parametrit. Abscess zw. Blase u. Uterus. 3. IX. 94. Geh. entl.

Fall 17. Fr. M. 29 J. 5 P., 2 A.

Letzter Partus 1. VIII. 94. Vorher bestand schon Fluor albus. 4. VIII. Fieber. 24. VIII. fiel Pat. hin, seitdem starke Schmerzen im Leib.

25. VIII. 94 aufgen. Temp. 37,4. Leib im unt. Teil geschwollen u. schmerzhaft. An d. abhängigen Stellen Dämpfung. Vaginale Untersuchung ergiebt vergrösserten Ut., rechts von ihm rundl., wallnussgrosser Tumor. 31. VIII. vom hinter. Scheidengewölbe ist ein grosses Exsudat fühlbar. Abends Temp. bis 39,5.

31. VIII. 94. Punction ergiebt Eiter. Incision. Drainage. Temp. vom 1. IX. an normal. 12. IX. Drain fortgelassen. Diagn. Parametritis purul. 22. IX. 94. Entl. R. Parametr. in geringem Maasse druckempfindl. L. einige Stränge.

Fall 18. Fr. G. 37 J. 1 P. 1 A.

Letzte Mens. Ende Aug. 94 v. 1 täg. Dauer. Im Anschluss daran Übelkeit und Schmerzen in der r. Seite. Sitzbäder. Abgang v. Blut in grossen Stücken.

26. IX. 94 aufgen. Aufgetriebener druckempfindlicher Leib. Resistenz palpierbar. Im hinteren Scheidengewölbe knollige Geschwulst, die sich zu beiden Seiten fest ans Becken ansetzt. Über d. abhäng. Stellen d. Abdomens Dämpfung; bei Lagerung auf der l. Seite verschwindet die Dämpfung r., T. 37.

8. X. 94. T. 38,5. Probepunction in d. Douglas ergiebt Eiter. Incision. Drainage. Ausspülung der Abscesshöhle. Im Eiter Streptococcen nachgewiesen. 9.—17. X. täglich Fieber bis 39,2. Aus d. Abscesshöhle entleert sich noch lange Eiter. T. v. 18. X. normal. Diagn. Parametr. purul. dxt. et sin. 14. XI. geh. entlassen.

Fall 19. Fr. L. 38 J. 9 P., 0 A.

Letzte Mens. 28. VII. 94. Ende Sept. plötzl. kolikartige Schmerzen im Leibe mit wenig Blutung. 3. X. 94 heft. Blutung ohne Stücken.

9. X. 94 aufgen. R. u. h. vom Ut. feste, bis zu d. Beckenwandungen reichende, nach oben hin nicht abgrenzbare Resistenz. Collaps. Puls 112. Erbrechen fäculenter Massen. T. 39,2.

9. X. 94. Punction vom h. Scheidengewölbe: Eiter. Incision an der Punctionsstelle entleert grosse Mengen Eiters. Der eingeführte Finger gelangt in eine grosse Abscesshöhle, welche die ganze hint. Wand des Ut. freigelegt hat u. sich noch weit nach beiden Seiten erstreckt. Drainage. 12. X. Erbrechen dauert an. T. 37. 16. X. Collaps. Diagn. Parametritis purul. dxt. c. Peritonit. 17. X. 94. Exitus letalis. Sectionsbefund: Parametritis apostematosa. Peritonitis purulenta incapsulata multiplex. Pleuritis hydrofibrinosa dextra. Nephritis parenchymatosa. Perimetritis. Perioophoritis, Perisalpingitis adhaesiva.

Fall 20. F. X. 36 J. 0 P., 0 A.

Im Juni 94 Schmerzen beim Urinlassen, Abgang von Blut bei Defäcation, angebl. von Hämorrh. Wegen heft. Blasenbeschwerden Aufnahme.

30. X. 94 aufg. Ut. hinten fixiert durch einen höckrigen Strang. Links vom Ut. diffuse, sehr schmerzh. Resistenz. Druck auf Blase empfindlich. Urin zeigt eitriges Sediment. 7. XI. rein eitriges Sediment im Urin. Resistenz nicht mehr zu fühlen. Abscess wahrscheinl. in d. Blase durchgebrochen. Im Urin zahlreiche Leukocyten, vereinzelte granul. Cylinder, Epithelzellen u.

quergestr. Muskelfasern. D. mit Katheter entnommene Urin zeigt denselben Befund. 15. XII. im Urin Albumen, zahlr. Leukocyten, Blasen- und Nieren-Epith., granul. Cylinder und einzelne Pflanzenfasern.

Diagnose: Parametritis purul. sin. mit Blasendarmfistel. 18. XII. 94 auf Wunsch ungeheilt entlassen, da subj. Beschwerden gering sind.

Fall 21. Fr. M. 38 J. 4 P., 0 A.

1872 Gelenkrheumat. 28. X. 94 letzte Mens., sehr stark u. schmerzhaft. Im Anschluss daran Fieber mit Schüttelfrost, Schmerzen beim Stuhlgang u. im Unterleib, Harndrang.

7. XI. 94 aufgen. Über d. Pulmonalis syst. Geräusch. Hint. Scheidenwand ödematös, prolabiert, stark vorgewölbt durch eine Resistenz, d. mit d. Ut. zusammenhängt, nicht abgrenzbar ist von d. Beckenwandungen u. im l. Hypogastr. 3 Fing. br. über. d. Symph. reicht. Vom Rectum aus fluctuierende Geschwulst, zw. Ut. u. Rectum fühlbar, nach oben hin nicht abzugrenzen. T. 38.

8. XI. 94 Probepunction: Eiter. Incision vom hint. Scheidengewölbe. Drainage. Vom 9. XI. T. normal. 13. XI. Drain fortgelassen. Jodoformgazetampon. Diagn. Perimetritis purul. 28. XI. 94 geh. entl.

Fall 22. Fr. F. 27 J. 1 P., 0 A.

Vor 8 J. Partus, seitdem Fluor. Seit ½ J. Schmerzen im Unterleib. Seit 3 Wochen stärkere Schmerzen. Letzte Mens. 13. X. 94. 24. X. 94 Einschnitt in d. Scheide.

3. XI. 94 aufgen. In d. Mitte d. hint. Scheidenwand findet sich ein Drainrohr, aus d. sich Eiter entleert. Beide Parametrien stark infiltriert u. druckempfindl. Infiltration geht bis an die Beckenwandungen, nach oben nicht abzugrenzen. L. Pup. weiter als r. L. Patellarreflex nicht zu erzielen. Einlegen eines neuen Drainrohrs. 3.—8. XI. Abendtemp. zwischen 38,8 u. 39,9.

8. XI. 94 T. 39,9. Punction ergiebt seröse Flüssigkeit. 6.—9. XI. wiederholtes Erbrechen. 7. XI. Oedem d. l. Unterschenkels. 9. XI. Oedem d. r. Unterschenkels. 20. XI. durch Punction in d. hint. Scheidengewölbe 5 Pravazsche Spritzen seröser Flüssigkeit entleert. 26. XI. Drain fortgelassen. 26. bis 27. XI. wiederholtes Erbrechen. 29. XI. Drain wieder eingelegt. Es entleert sich flockiger Eiter. Klagen über Brennen beim Urinlassen. Bis 22. XII. tägl. Fieber. Dann Temp. nicht fieberhaft. Diagn. Perimetritis exsudat dxt. et sin. 20. IV. 95 auf Wunsch gebessert entl. Von d. Incisionsstelle führt ein schmaler Fistelgang hinter d. Uterus u. teilt sich daselbst in 2 Gänge, aus welchen sich bei d. Ausspülung noch geringe Mengen Eiters entleeren.

Fall 23. Fr. Z. 25 J. 2 P., 0 A.

Anfang Nov. 94 Fall. Danach Abgang von Blut u. Schleim aus d. Scheide. Wehenartige Schmerzen. Schmerzen und Ausfluss halten 3 Wochen an. 28. XI. grosser Blutverlust u. Abgang eines grossen Klumpens. Dann Sistieren d. Blutung. 2. XII. Schüttelfrost, Erbrechen, Obstipation.

4. XII. 94 aufgen. Von d. vord. Muttermundslippe ist ein Stück abgelöst, hängt in d. Scheide. Hint. d. Ut. u. l. von ihm weiche, diffuse, schmerzhafte, an d. Beckenwandungen leicht verschiebl. Resistenz. Im Stuhl gelbe, eitrige Fetzen. T. 37,8. 5.—8. XII. starke Schmerzen u. Erbrechen. T. bis 38,6.

Diagn. Parametritis purulenta sin. Sept. Peritonitis. 8. XII. 94 Exitus letalis. Sectionsbefund: Status puerperalis. Vulnus portionis uteri. Parametritis chron. fibrosa et recens purulenta. Peritonitis purulenta.

Fall 24. Frl. W. 23 J. 0 P. 0 A.

Letzte Menses Juli 94. 22. XI. Fall von d. Leiter. Abort. Fortwährend Blutg. u. Schmerzen.

1. XII. 94 aufgen. Im Ut. Placentarreste. Ausräumung ders. Ut. gut contrahiert. Temp. 36,6. 3. XII. Erbrechen. Grosse Unruhe, heft. Leibschmerzen, Leib aufgetrieben. Urinretention. 4. XII. Ut. in Exsudatmassen eingebettet.

4. XII. 94 Punction: Eiter. Incision. Abendtemp. 39,8. Puls 140 p. M. Diagn. Parametritis et Peritonitis purul. 6. XII. 94 Exitus letalis. Sectionsbefund: Endometritis diphtherica post abortum. Nephritis, Myocarditis, Hepatitisparenchymatosa. Peritonitis-, Parametritis-phlegmonosa. Cystitis haemorrhagica.

Fall 25. Fr. B. 29 J. 1 P., 0 A.

1. XI. Zwillingsgeburt, spontan. Seit d. Zeit Mattigkeit, Durst, Hitzegefühl. Kalte Umschläge. Urinentleerung schmerzhaft. Obstipation.

5. XII. 94 aufgen. Ut. anteflectiert. Im l. Parametrium geringe, im r. starke Infiltration. Circumscripte Druckempfindlichkeit in der Ileocoecalgegend. T. 37,4. 23. XII. Ut. in der Rückbildung zurückgeblieben. In d. Parametrien von d. Scheide aus keine Resistenz fühlbar. Oberhalb d. r. Poupartschen Bandes gänseeigrosse Resistenz mit deutl. Fluctuation. 6.—25. XII. abendl. Temperatursteig. bis 39,5.

25. XII. 94 Eröffnung d. parametr. Abscesses durch einen 4 cm langen Schnitt oberhalb u. parallel d. Poupartschen Bandes. A. epigastr. angeschnitten u. unterbunden. 70 ccm Eiter entleert. Jodoformgazeverband. 3. I. 95. Wunde schliesst sich gut. T. v. 26. XII. an normal. Diagn. Parametritis dxtr. purul. 28. I. 95 geh. entl.

Fall 26. Frl. K. 21 J. 0 P., 0 A.

Letzte Mens. Ende Jan. 95. 2. II. 95 heft. Schmerzen in d. r. Seite, Schüttelfrost, Fieber. 3. II. Blutg., aufgetriebener Leib. Obstipation.

3. II. 95 aufgen. T. 38,2. Abdomen trommelartig aufgetrieben, äusserst druckempfindl.; Dämpfg. über den abhängigen Teilen. Schmerzen lassen am 9. II. nach, nur Ileocoecalgegend noch druckempfindl. 11. II. wieder heftige Schmerzen, Dämpfg. d. Ileocoecalgegend. 16. II. Dämpfg. reicht bis an d. Mittellinie u. nach oben bis 2 Finger breit unterhalb d. Nabels. Per vaginam deutliches parametrisches Exsudat fühlbar, das auch von aussen palpabel ist u. 3 Finger breit über d. r. Poupartsche Band reicht. 23. II. Erbrechen. T. 39,8. 29. III. Portio geht in einen grossen

Tumor über, der bis in d. Mitte zw. Nabel u. Symph. reicht, rechts an d. Beckenwandung herangeht u. unbeweglich ist. Im l. Parametr. geht d. Tumor in eine weiche Resistenz über. Temperatur vom 25. III. bis 39,3.

29. III. 95 Probepunction: Eiter. Incision entleert grosse Mengen davon. Dabei Perforation der Blase. Dauerkatheter. 16. IV. Dauerkatheter entfernt, Urin kann zurückgehalten werden. T. vom 31. III. normal. Diagn. Parametritis purul. dxt. et Parametr. sin. 30. IV. 95 entl. Ut. etwas l. verlagert, anteflectiert; r. von ihm apfelgrosse bis an d. Beckenwandungen reichende, unbewegliche Resistenz fühlbar. Keine Blasenstörungen.

Fall 27. Fr. T. 34 J. 9 P., 3 A.

Letzte Mens. Mitte Dec. 94. 7. II. 95 Abort. 2 Tage lang Blutg., Fieber. 12. II. Schüttelfrost.

14. II. aufgen. Geringe Blutg. Muttermund für 1 Finger durchgängig. Im Ut. 2 cm langes u. breites Placentarstück. Von d. Portio aus geht nach hinten u. nach beiden Seiten eine feste schmerzhafte Resistenz bis an das Becken heran. Abendtemp. 39,9. 19. II. T. 39. 20. II. Per Rectum werden grosse Eitermengen entleert. T. v. 21. II. normal.

Diagn. Parametritis purul. mit Durchbruch d. Eiters ins Rectum. 2. III. 95 geh. entl.

Fall 28. Fr. S. 24 J. 6 P., 0 A.

Letzter Partus 18. I. 95. Seit 22. I. Blutung, bisweilen sistierend. Ende Febr. Abgang von grossen Stücken. Wegen fortdauernder Blutungen am 27. II. und 2. III. Curettement. Blutung hört auf, Ausfluss besteht weiter. Schmerzhaftigkeit d. Abdomens und Fieber.

5. III. 95 aufgen. Seit d. letzten Geburt Vorfall d. vord. und hint. Scheidenwand. Ut. vergrössert, retroflectiert, schwer beweglich, schmerzhaft. Temp. 39,1. 8. III. Douglas stark vorgewölbt. Punction ergiebt eine schmutzig braune, nach Kot riechende Flüssigkeit.

9. III. 95 Incision vom hint. Scheidengewölbe. Es entleert sich eine braune, jauchige, stinkende Flüssigkeit mit einzelnen Eiterflocken. Tägl. Ausspülungen. T. v. 10. III. normal. Diagn. Parametr. purul. 22. III. 95 geh. entl.

Fall 29. Fr. St. 44 J. 9 P., 5 A.

Seit d. letzten Partus im J. 81 oft Unterleibsschmerzen mit Fieber. 5. XII. 81 wegen Parametritis aufgenommen. Ut. in unbewegl. Exsudatmassen eingebettet. Am 24. XII. 81 geh. entl. 6. III. 95 wegen Unterleibschmerzen und Urinträufeln wieder aufgenommen.

6. III. 95 aufgen. Hinten u. l. vom Ut. diffuse, sehr schmerzhafte Resistenz fühlbar, welche in d. Ut. u. d. Beckenwandung unmittelbar übergeht. Auch im r. Parametr. geringe Resistenz. T. 37,4.

8. III. 95 Probepunction ergiebt schmutzig graue Flüssigkeit. In derselben Streptococcen. 6. IV. viel Fiter im Urin. Exsudat in d. Blase durchgebrochen. T. normal. Diagn. Parametr. purul. sin. mit Durchbruch in d. Blase. 16. V. 95 entl. Im Douglas noch Resistenz fühlbar, die nicht druckempfindlich ist.

Fall 30. Fr. Sch. 29 J. 1 P., 0 A.

7. III. 95 Zangengeburt. 15. III. Schmerzen i. d. r. Seite d. Unterleibs; Kreuz-, Kopfschmerzen. Gleich nach d. Entbindung Schüttelfrost, einige Male auch Erbrechen. Dünner Stuhl kann nicht zurückgehalten werden.

30. III. 95 aufgen. Von aussen über d. r. Darmbeinschaufel schmerzhafte, faustgrosse, mit d. Becken festverwachsene Resistenz fühlbar, die in der Tiefe undeutlich fluctuiert. Vom r. Scheidengewölbe geringe Resistenz nachweisbar, die in die von aussen gefühlte übergeht. L. Parametr. frei. 31. III. Durchbruch von Eiter in d. Scheidengewölbe.

31. III. 95 Ausspülungen. Drainage. 6. V. Decubitus am Kreuzbein, handtellergross. 7. V. desgl. am r. Tuber ischii u. r. Ferse. 11. V. Es wird auf eine Stelle d. r. Leistengegend eingeschnitten, an der man auf Druck constant ein knarrendes Geräusch hört. Reichlich stinkender Eiter, d. mit Luftblasen gemischt ist, wird entleert. Haut weit unterminiert. Diagn. Parametr. dxtr. purul. mit Durchbruch in d. Scheide. 11. V. 95 Exitus letalis unmittelbar nach der Operation. Section ergiebt: Parametritis dxtr. septica.

Fall 31. Fr. S. 37 J. 3 P., 0 A.

16. X. Abort. 19. X. Ausräumung d. Abortes in der Charité. 27. X. entlassen, ohne Blutg. u. Fieber, aber mit Schmerzen in d. r. Seite. 5. XII. heftige Unterleibsschmerzen und Erbrechen. Obstipation.

7. XII. 94 aufgen. Abdomen druckempfindl., über d. abhängigen Teilen Dämpfg. Ut. etwas vergrössert; beide Parametrien durch eine weiche Resistenz ausgefüllt, die bis in d. Douglas reicht u. mit d. Beckenwandungen in Verbindung steht. Urinentleerung schmerzhaft. T. abends 39,0. 21. XII. hint. Scheidengewölbe stark vorgewölbt. Ut. nach vorn verdrängt. Starker eitriger Ausfluss.

21. XII. 94. Probepunction ergiebt: Eiter. Incision. 500 ccm Eiter entleert. Drainage. Jodoformgaze. T. vom 22. XII. normal. Diag. Parametritis purul. dxt. et sin. — 4. I. 95 entlassen. Im hint. Scheidengewölbe eine Öffnung, aus der sich wenig Eiter entleert.

Fall 32. Fr. L. 28 J. 3 P., 0 A.

Letzte Mens. 10. XII. 94. Vor 1 J. an Ausfluss und Fieber erkrankt. Ausspülungen. Beschwerden bleiben nach 2 monatl. Bestehen weg. 3. XII. beginnen d. letzten Menses mit Schmerzen und Fieber.

11. XII. 94. Portio geht nach hinten in einen glatten, beinahe d. ganze kleine Becken ausfüllenden Tumor über, der sehr fest ist u. nicht an d. Beckenwandungen verschoben werden kann. Corpus uteri nicht zu fühlen. T. 38,3. 14. XII. T. 39,4.

15. XII. 94. Punction ergiebt: blutig-eitrige Flüssigkeit. 27. XII. Resistenz im kl. Becken hat an Empfindlichkeit u. Grösse bedeutend abgenommen. T. vom 16. XII. normal. Diag. Perimetr. exsudat. — 8. I. 95. Auf Wunsch entlassen. Im Douglas noch geringe, nicht schmerzhafte Resistenz.

Fall 33. Frl. F. 25 J. 1 P., 0 A.

Letzte Mens. 8. XI. 94. 17. XII. Fall. Danach heft. Schmerzen. 18. XII. Starke Blutg. Stücken von Blut gehen ab. Schüttelfrost. Erbrechen. Seit 20. XII. Beschwerden beim Stuhl und Urinlassen.

21. XII. 94 aufgen. Abdomen druckempfindl. Albumen im Urin. Ut. nach vorn gedrängt durch eine diffuse, in d. Ut. und d. Beckenwandg. übergehende Resistenz, die sich nach links erstreckt u. hier auch von aussen palpabel ist. T. 38,5.

21. XII. 94. Probepunction: Eiter. Incision vom hinteren Scheidengewölbe. Drainage. Tgl. Fieber, bis 39,2. 4. I. 95. Schüttelfrost. Temp. 39,4. 6. I. Schüttelfrost. Temp. 39,5. 31. I. Menses. Vom 10. I. T. normal. Diagn. Parametr. purul. sin. — 2. II. 95. Geh. entl. Geringe Resistenz im linken Parametrium.

Fall 34. Fr. H. 21. J. 5 P., 0 A.

Letzter Partus 17. X. 94. Letzte Mens. 31. XII. 93. 2 Tage nach d. letzten Partus stand Pat. auf. Nach 3 Wochen Abgang von Blut in Stücken. Danach Unterleibsschmerzen rechts und Ausfluss. Tamponbehandlung.

3. I. 95 aufgen. Rechts über d. Poupartschen Bande harte, druckempfindl. Resistenz. R. vom gut zurückgebildeten Ut., mit diesem zusammenhängend, wenig schmerzhafter Tumor von unebener Oberfläche, der an d. Beckenwandg. unverschieblich ist. T. 37,5. 7.—10. I. Menses? Vom 11. I. Fieber. T. 39,4 14. I. Resistenz über d. Poupartschen Bande weicher.

19. I. 95. Incision auf d. Resistenz. Es entleert sich grüngelber Eiter. Vom 20. I. an normale Temperatur. Diagn. Parametritis purul. dxtr. — 18. II. 95. Geheilt entlassen.

Fall 35. Fr. L. 34 J. 9 P., 2 A.

Letzte Mens. Ende Sept. 94. Seit Anfang Okt. 94 wehenartige, anfallsweise auftretende Schmerzen. 3. I. 95. Nach schwerer Arbeit heftige Schmerzen. Fieber mit Schüttelfrost. Anfang Nov. 92 war unter Schüttelfrost u. Fieber Gelbsucht aufgetreten. Sommer 94 heftige Schmerzen in der rechten Unterleibsseite und im Kreuz.

9. I. 95 aufgen. Abdomen r. aufgetrieben, druckempfindl. Leberdämpfung geht unmittelbar in eine Dämpfung über, die die ganze r. Unterbauchgegend einnimmt. Resistenz fühlbar, die vom Rippenbogen bis zum Darmbein reicht. Keine Fluctuation. Vom hint. Scheidengewölbe aus in d. Portio übergehende, nicht verschiebbare Resistenz. T. 39,1. Am 10. I. Sondierung ergiebt Vergrösserung d. Ut. u. Anteflexio. Kein Blut nach d. Sondierung. T. 39,8. 19. I. erneute Sondenuntersuchung ergiebt Retroflexio. Tamponade d. Cervix mit Jodoformgaze behufs Herbeiführung von Abort bei ev. Gravidität. T. 39,6.

13. I. 95. Incision zwisch. Rippenbogen u. Darmbein in d. Axillarlin. Starke Blutung aus d. Obl. int. Bei d. Umstechung Eröffnung einer Eiterhöhle. Jodoformgazetamponade. Druckverband. T. 36,8, 14. I. T. 35. Diagn. Parametritis purul. dxtr. — 14. I. Exitus let. Obduction: Hydrosalpinx duplex. Parametritis purul. dxtr. Abscess in d. Gegend d. Coecums. Dislocatio hepatis. In d. Leber Substanzverlust von Taubeneigrösse. Leber mit den

angrenzenden Teilen verwachsen. In d. r. Beckenhälfte abgekapseltes, eitrig-fibrinöses Exsudat von Mannsfaustgrösse zwisch. Rectum u. Ut. Parametritis phlegmonosa dxtr.

Fall 36. Fr. L. 22 J. 0 P., 0 A.

Letzte Mens. April 94. 26. XII. 94 Partus. Totgeborenes, ausgetragenes Kind. Seitdem kann Pat. spontan keinen Urin mehr lassen.

10. I. 95 aufgen. T. 36,6. Im Urin Sediment, massenhaft Eiterkörperchen, Blasen- und Scheidenepithelien; 1500 ccm Urin mittelst Katheter entleert. Portio nach allen Richtungen eingerissen. Fundus uteri zw. Symph. und Nabel. Beide Parametrien druckempfindlich. Im r. faustgrosse, harte, wenig verschiebliche Geschwulst. Dauerkatheter. Blasenausspülungen ergeben viel Eiter. 19. II. Im r. Parametr. hühnereigrosser, schmerzhafter Tumor. Vom 19.—31. I. wiederholte Schüttelfröste mit T. 40,3; dann fieberfrei bis 18. II. Schüttelfrost. T. 39,2. 19.—22. II. unregelmässiges Fieber. T. 38—39, dann normal. — 9. III. 95. Auf Wunsch gebessert entlassen.

Fall 37. Fr. T. 27 J. 1 P. 1 A.

Letzte Mens. anfangs Dezbr. 1894. Seit 18. II. 95 Kreuzschmerzen. 9. III. 95 Abort. Blutung, die sich wiederholt. Curettement, Tamponade. Heftige Kreuz- und Leibschmerzen bestehen fort u. veranlassen d. Aufnahme.

19. IV. 95 aufgen. Temp. 37,6. Puls 96 p. m. In der r. Unterbauchgegend druckempfindl. Resistenz, in d. Höhe d. Spin. ant. sup. fühlbar. Per vaginam r. vom Ut. schmerzhafte Resistenz, die mit d. Beckenwandungen u. Ut. zusammenhängt.

23. IV. 95. Probepunction ergiebt wenig Eiter. Heisse Umschläge. Fieberloser Verlauf. Wiederholt treten starke Schmerzen im Abdomen r. u. im Kreuz auf, die nach d. r. Femur ausstrahlen. Diag. Parametr. purul. dxtr. — 14. V. 95. Auf Wunsch entlassen. Gynäkol. Befund nicht viel verändert. Geringe Schmerzhaftigkeit.

Fall 38. Fr. S. 26 J. 1 P., 0 A.

30. III. 95 spont. Geburt. Am 2. Tage stand Pat. auf. Am 4. Tage beim Heben eines Eimers Schmerzen in der r. Seite des Abdomens, die andauern. Obstipation. Kind angelegt.

27. IV. 95 aufgen. Ut. zurückgebildet. R. mit d. Becken verbundene, schmerzhafte Resistenz, die 2 Finger breit über die Darmbeinschaufel hervorragt. Temp. 38,2. Heisse Umschläge. 2. V. Temp. 39,2.

11. V. 95. Incision oberhalb des r. Lig. Poup., Entleerung von Eiter. Tamponade. Temp. v. 12. V. normal. Diagn. Parametritis purul. dxtr. — 3. VI. 95. Auf Wunsch entl. Wunde bis auf einen kleinen Teil in d. Mitte geheilt. Sonde stösst bald auf Widerstand.

Fall 39. Fr. S. 35 J. 4 P., 0 A.

Letzter Partus 13. V. 95, schwer wegen abnormer Grösse des Kindes. Nach 14 Tagen stand Patientin auf. Dabei heftige Schmerzen in d. l. Seite, Kopfschmerzen, Lochien geringer als sonst nach d. Entbindung. Obstipation.

11. VI. 95 aufgen. Temp. 37,9. Über d. linken Lungenspitze Rasseln u. Dämpfung. Zweiter Aorten- u. Tricuspidalton klappend, Herzdämpfung nach l. verbreitert. Abdomen über d. Symphyse in grosser Ausdehnung druckschmerzhaft. Ut. anteflectiert. L. von ihm eine in d. Beckenwandungen übergehende, unbewegliche Resistenz. R. Parametr. ebenfalls infiltriert u. sehr druckempfindl. 14. VI. Abendtemp. 40,4. 24. VI. Vom vord. Scheidengewölbe fühlt man eine feste Infiltration zw. Ut. u. Blase; nach 3 Tagen grösser geworden.

27. VI. 95. Probepunction: Eiter. Eröffnung d. parametrit. Abscesses. Aus d. Ut. entleert sich bei Ausspülung Eiter. Drainage. Temp. schwankt vom 28. VI. bis 6. VII. zwischen 38,9 u. 40,9. Von da an Temp. normal. Diagn. Parametr. purul. sin. Exsudat zwischen Blase u. Uterus. — 31. VII. 95. Entl. L. vom Uterus noch geringe Infiltration. Ut. beweglich.

Fall 40. Fr. A. 27 J. 1 P., 1 A.

Mens. in d. letzten 3 Monaten schwach. 9. VI. 95 reichl. Blutung. Abgang eines ca. 3 Mon. alten Foetus mit Nachgeburt. 11. VI. abends heftige, stechende, krampfartige Schmerzen in d. r. Seite, die bei Ruhe verschwinden und sich bei der Bewegung steigern.

16. VI. 95 aufgen. Temp. 38,2. Abdomen aufgetrieben, bei tieferem Eindrücken, bes. über dem l. horizont. Schambeinast druckempfindlich. Ut. anteflect., etwas vergrössert. R. u. hinten schmerzhafte Infiltration von ca. Faustgrösse, die vom Ut. bis an d. Beckenwandungen reicht und mit diesen fest zusammenhängt. Im hint. Scheidengewölbe hat d. Geschwulst eine fluctuierende Stelle.

18. VI. 95. Probepunction: Eiter. Eröffnung d. Abscesses vom hint. Scheidengewölbe aus. Mässige Mengen Eiters. Jodoformgazetamponade. 28. VI. Aus d. Abscesshöhle entleeren sich bei Ausspülung geringe Mengen Darminhalt. Am 30. VI. nicht mehr. Temp. normal während d. ganzen Verlaufs. 6.—18. VII. wiederholtes Erbrechen. Diagn. Parametritis purul. dxt. Communication d. Abscesses mit d. Rectum. — 16. VIII. 95. Geheilt entlassen.

Fall 41. Fr. Z. 36 J. 5 P., 1 A.

Letzte Mens. 20. III. 95. Seit April starke Obstipation. Erbrechen, Kopfschmerzen. 10. VI. 95 Abort. Seit d. Zeit Incontinentia alvi. Kreuzschmerzen.

26. VI. aufgen. Temp. 40,3. Puls 96 p. m. Abdomen aufgetrieben, weich, mässig druckempfindl. Ut. etwas vergrössert, nach vorn verdrängt durch eine, hinter ihm liegende faustgrosse, an d. Becken heranreichende u. d. hint. Scheidengewölbe vorwölbende, fluctuierende Resistenz. Parametrien frei.

27. VI. 95. Incision vom hint. Scheidengewölbe aus. Sehr grosse Menge stinkenden, grünlichen Eiters werden entleert. Temp. v. 28. VI. normal. Diagn. Eitriges Exsudat im Douglas. — 20. VII. 95. Geheilt entlassen.

Fall 42. Fr. O. 31 J. 2 P., 0 A.

9. VII. 95. In d. Charité spontan entbunden. Am 17. Tage d. Puerperiums Schmerzen in d. r. Unterbauchgegend. Temp. 38,4. 3. VIII. Schüttelfrost, Temp. 40,2. Auf die gynäkol. Station verlegt.

3. VIII. 95 aufgen. Ut. noch nicht vollständig zurückgebildet, geht nach rechts u. hinten unmittelbar über in eine vom Becken nicht abzugrenzende, d. hint. Scheidengewölbe vorwölbende, fluctuierende Resistenz.

3. VIII. 95. Probepunction: dünner Eiter mit Streptococcen. Incision ohne Narkose. 500 ccm Eiter werden entleert. 4. VIII. 96. Temp. 38,6. Ausspülung d. Abscesshöhle. Vom 5. VIII. Temp. normal. Diagn. Parametr. purul. dxtr. — 2. IX. 95. Geh. entl.

Fall 43. Fr. R. 27 J. 1 P., 0 A.

7. V. 95 Zangengeburt. 16. V. Temp. 39,9. Fieber schwand allmählich. Von Mitte Mai bis Ende Juni zeitweise ausser Bett. 2. VII. heftige Schmerzen in d. l. Seite; Pat. spürt eine kleine Geschwulst, die allmählich grösser wird. Fieber, wiederholte Schüttelfröste, profuse Schweisse, Obstipation.

16. VII. 95 aufgen. T. 37,4. Von aussen Tumor fühlbar, der druckempfindl. ist u. in d. Mitte handbreit d. Symph. überragt, links noch etwas höher steigt u. unmittelbar in d. Beckenwandungen übergeht. Nach r. lässt sich d. Tumor bis ins kl. Becken verfolgen. Über d. l. Lig. Poup. Haut vorgewölbt u. leicht gerötet. Portio steht weit nach hinten. D. i. B. entspricht d. äusseren. 20. VII. fluctuierende Stelle über d. l. Poup. Bande.

25. VII. 95. Incision in d. fluctuierende Stelle. Entleerung von Eiter. Temp. bleibt normal. 28. VII. In halber Nabelhöhe links von d. Mittellinie neue fluctuierende Stelle. 30. VII. Incision dieser Stelle. Diagn. Parametr. purul. sin. — 6. IX. 95. Geheilt entlassen.

Fall 44. Fr. H. 51 J. 1 P., 1 A.

Seit März 93 fast unaufhörl. Blutungen. In d. letzten Zeit Unterleibs- u. Kreuzschmerzen.

30. VII. 95 aufgen. Von aussen ein d. Symph. 2 Finger breit überragender kugliger Tumor fühlbar. Hinter d. Ut. feste Resistenz, die unmittelbar in d. Beckenwandung übergeht. T. 37,6.

1. VIII. 95. Probepunction ergiebt braunen Eiter. Eröffnung d. Abscesses vom hint. Scheidengewölbe, 300 ccm Eiter werden entleert. Drainage. 13. VIII. heftige Schmerzen, die andauern.

18. VIII. Laparotomie. Auf d. vord. Fläche d. Ut. ein Myom, das durch leicht zerreissliche Adhäsionen mit d. Umgebung verbunden ist. Temp. dauernd normal. Entfernung desselben. Diagn. Parametr. purul. — 9. X. 95. Geheilt entlassen.

Fall 45. Frl. S. 29 J. 0 P., 0 A.

6. VI. Schmerzen in d. l. Unterleibsseite, die nach d. Brust u. d. Beinen ausstrahlen. Warme Umschläge ohne Erfolg, desgl. warme Ausspülungen. 20. VII. Schwindelanfall mit heftigen Schmerzen im Leib, Obstipation. Die Mens. vom 24. Lebensjahr an unregelmässig u. schmerzhaft. Pat. war immer kränklich.

20. VII. 95 aufgen. Abdomen sehr druckempfindlich. Vom hint. Scheidengewölbe aus fühlt man eine dieses vorwölbende Geschwulst, die sehr schmerzhaft ist u. in d. Portio, sowie d. Beckenwandungen übergeht. In d. unt. Partieen d. Abdomens bis zum Nabel aufwärts gedämpfter Perkussionsschall, auch noch nach Entleerung d. Blase. Palpation wegen grosser Schmerzhaftigkeit

nicht ausführbar. 22.—23. VII. Übelkeit, Erbrechen, heftiges Leibweh, das nach Stuhlgang aufhört. Temp. normal.

24. VII. 95. Incision von d. Scheide aus u. Entleerung eines eitrigen Exsudats. Drainage. Temp. normal bis zum 19. VIII, hier 38,1. Heftige Schmerzen in d. Magengegend. 20. VIII. Eine Eiterretention macht sich bemerkbar an d. Stelle d. ersten Abscesses. Die alte Incisionsstelle wieder eröffnet, stumpf: es entleert sich Eiter. Tägl. Ausspülungen. 31. VIII. L. vom Uterus noch starke Infiltration d. Beckenzellgewebes. 4. IX. Bei tiefer Punction im l. Parametrium erhält man Eiter. Nachts mehrmals Erbrechen u. heft. Schmerzen im Unterleib. 5. IX. Links liegt d. Ut. eine unregelmässige, etwa gänseeigrosse Geschwulst an, die an d. Beckenwandungen verschieblich ist. Hinter dem Uterus eine unbewegliche, harte Resistenz, welche in einen etwas verschieblichen Tumor von Hühnereigrösse rechts vom Ut. übergeht. 10. IX. Laparotomie in Äthernarkose. Dauer 80 Min. Eröffnung d. Bauchhöhle durch einen 8 cm langen Schnitt. Die Anhänge d. l. Seite werden aus ihren sehr festen Verwachsungen stumpf gelöst, wobei ein faustgrosser Abscess platzt. Die Anhänge werden abgebunden u. abgetragen. Tube stark verdickt und enthält wenig graue, zähe Flüssigkeit. An Stelle d. Ovariums zeigt sich eine faustgrosse Abscesshöhle. Die Anhänge d. r. Seite, die gleichfalls sehr fest verwachsen sind, aber nicht so hochgradige Veränderungen zeigen, wie die l., werden auf dieselbe Weise entfernt. Schluss der Bauchwunde durch fortlaufende Catgutnaht in 3 Schichten. 20. IX. Die Wunde secerniert trübe seröse Flüssigkeit. 3. X. starker eitriger Fluor. T. dauernd normal. Diagn. Parametritis purul. Perim pur. u. Abscess im l. Ovarium. — 8. X. 95. Geh. entl. Laparotomiewunde fest vernarbt. Ut. anteflect., von normaler Grösse. Die Stümpfe in beiden Parametrien nicht druckempfindlich.

Fall 46. Fr. T. 38 J. 0 P., 0 A.

Letzte Mens. 17. VIII. 95. 5. IX. Schüttelfrost u. heftige Unterleibsschmerzen. Warme Bäder ohne Erfolg. Obstipation. Der Process wird für Blinddarmentzündung gehalten. Klystiere schaffen keine Linderung. 8. IX. äusserst heftige Schmerzhaftigkeit, häufiges Erbrechen.

8. IX. 95. aufgen. Temp. 37,8. Puls 156 p. m. Hinter d. Ut. eine an d. Beckenwandungen reichende u. d. hint. Scheidengewölbe vordrängende weiche Resistenz, welche sich ins rechte Parametr. erstreckt.

9. IX. 95. Probepunction ergiebt blutig-eitrige Flüssigkeit. Incision. Drainage. 11. IX. Beim Drainwechsel entleeren sich grosse Mengen Eiters. 19. IX. heft. Erbrechen u. Schmerzen in d. Ileocoecalgegend. Temp. schwankt zwischen 36,0 u. 38,5. 20. IX. Pulsus parvus et frequens, fere innummerabilis. Probepunction in d. Ileocoecalgegend negativ. 21. IX. Pulsus filiformis. Diagn. Parametr. purul. et Peritonitis. — 21. IX. 95. Exitus letalis. Obduction unterblieb auf Intervention d. Angehörigen.

Fall 47. Fr. J. 27 J. 2 P., 2 A.

1. IX. 95 Abort im 3. Monat. Curettement. 8. IX. Unter-

leibsschmerzen mit Fieber. Diarrhoe mit schleimigen Stühlen. Rectaltenesmus.

15. IX. 95 aufgen. Hint. Scheidengewölbe durch einen in d. Beckenwandungen übergehenden, unbewegl. Tumor vorgewölbt. Temp. 40.

15. IX. 95. Probepunction ergiebt Eiter. Incision u. Entleerung von 500 ccm Eiter. Danach Temp. 37. Diarrhoe und Rectaltenesmus wiederholen sich. 26. IX. Im l. Parametr. kaum bewegl. Resistenz. 4. X. reichl. eitriger Ausfluss, danach Kleinerwerden d. Resistenz. Diagn. Parametr. purul. — 16. X. 95. Auf Wunsch entlassen. Von d. l. Seite des Ut. zieht sich nach d. l. Beckenwand eine von dieser nicht abgrenzbare, leicht druckempfindliche Resistenz.

Fall 48. Fr. G. 38 J. 8 P., 0 A.

Letzte Mens. Juli 95. Seit 3 Wochen Schmerzen im Unterleib links. Abgang von hautartigen Gebilden. 1. X. sehr heftige Schmerzen. Temp. 40,1. 2. X. Erbrechen.

2. X. 95 aufgen. Äusserlich ist l. ein Tumor von geringer Beweglichkeit in Narkose fühlbar. Im hint. Scheidengewölbe apfelgrosse, schwer vom Ut. abgrenzbare Geschwulst, die sich aber von d. Beckenwandungen deutlich abgrenzen lässt. Rechts vom Ut. eine ähnliche Geschwulst. Obstipation. Klystier. Abends steigt die Temp. regelmässig auf 39. 13. X. über d. r. Lig. Poup. druckempfindl. Resistenz. 14. X. starker Prolaps d. hint. Scheidewand, bedingt durch eine den Douglas vollständig ausfüllende Geschwulst.

14. X. 95. Probepunction ergiebt stinkenden Eiter. Incision entleert 700 ccm Eiter. Drainage. Fieber schwindet. 22. X. Drain herausgenommen. Diagn. Eitriges Exsudat im Douglas. — 8. XI. 95. Geheilt entlassen.

Fall 49. Fr. B. 23 J. 2 P., 0 A.

Letzte Mens. Ende Mai 95. Im Juni nach schwerem Heben Blutung. Opium, Bettruhe, kalte Umschläge. Nach 4 Wochen Besserung. Ende August neue Blutung mit Abgang von Stücken. 15. X. wiederholte Blutung u. heft. Unterleibsschmerzen.

19. X. 95 aufgen. Temp. 39,5. Puls 110 p. m. Uterus unbewegl., in feste Masse eingebettet, die d. kl. Becken ausfüllen.

19. X. 95. Probepunction ergiebt übelriechenden Eiter. Incision vom hint. Scheidengewölbe. Entleerung von 50 ccm Eiter. Drainage. Temp. auf d. Norm zurückgehend. Diagn. Parametr. purul. — 19. XI. 95. Geheilt entlassen.

Fall 50. Fr. K. 28 J. 1 P., 0 A.

Nach d. Entbindung Okt. 94 keine Menses mehr. 8. X. 95 plötzl. stechende u. ziehende Schmerzen im Unterleib, die sehr heftig wurden.

22. X. 95 aufgen. Das ganze kl. Becken ist mit festen Massen ausgefüllt, zwischen denen d. Ut. nicht abzutasten ist. Temp. 37,5.

24. X. 95. Probepunction ergiebt Eiter. Incision entleert 30—40 ccm davon. Drain. 29. X. Drain weggelassen. Diagn. Parametr. purul. — 18. XI. 95. Geheilt entlassen.

Fall 51. Fr. R. 42 J. 1 P., 1 A.

1878 Abort. 4 Monate nachher traten starke Schmerzen im Unterleib auf. Auf Anwendung von Eisblasen in 18 Tagen Besserung. 1887 erneuten sich die Schmerzen und schwanden nach Anwendung von Eisblasen nach 8 Tagen. 1892 dieselben Beschwerden. Am 25. XI. 95 heftige Schmerzen im Unterleib und Fieber.

4. XII. 95 aufgen. Abdomen etwas vorgewölbt u. stark druckempfindl. Von aussen ist r. bis 3 Finger breit unter dem Nabel ein Tumor zu fühlen, der aus d. kl. Becken kommt. R. vom Ut. ist ein kugliger Tumor palpabel, der über kindskopfgross ist, an d. Ut. breit herantritt, fluctuiert, verschieblich ist am Becken, doch keine freie Beweglichkeit hat. Hinter d. Ut. knolliger Tumor nachweisbar. Temp. 39,4.

7. XII. 95. Laparotomie. 10 cm langer Schnitt; hinten und rechts vom Ut. wird ein Abscess eröffnet, aus d. sich übelriechender Eiter entleert. D. Abscess liegt im Lig. lat. D. obere Teil d. Wunde wird durch Naht geschlossen, d. unt. mit Jodoformgaze tamponiert. T. v. 8. XII. normal. Diagn. Intraligamentärer Abscess. — 5. III. 96. Ohne Beschwerden entl. Im r. Lig. lat. starre Resistenz.

Fall 52. Frl. B. 19 J. 0 P., 0 A.

Letzte Menses Juli 95. 16. XI. wehenartige Leibschmerzen nach unbekannter Ursache. 17. XI Fieber von 39. Vormittag Abgang des Fruchtwassers.

18. XII. 95 aufgen. Ausstossung d. Foetus. Entfernung d. Placenta durch Curettement, da Expression wegen starker Bauchdecken nicht gelingt. Unregelm. Fieber. 27. XII. hinten und r. vom Ut. weiche, vom Becken nicht abgrenzbare Resistenz. 29. XII. Temp. 39,3.

30. XII. 95. Probepunction im hint. Scheidengewölbe ergiebt Eiter. Incision. Drain. Tägl. Drainwechsel u. Ausspülg. 6. I. 96. Im Urin Sediment, Eiterkörperchen u. Plattenepithelien. Abendtemp. bis 39. Vom 8. I. T. normal. Diagn. Parametritis purul. dxtr. — 11. III. 96. Geh. entl.

Fall 53. Fr. D. 23 J. 0 P., 2 A.

Letzte Mens. 20. XI. 95. 9. I. 96 Blutung aus d. Scheide, Schmerzen im unt. Teile d. Abdomens. 19. I. Fieber. Abgang einer Frucht oder Haut wurde nicht bemerkt.

19. I. 96 aufgen. Von aussen fühlt man einen 2 Finger breit über d. Symph. heraufreichenden Tumor, der aus d. kleinen Becken herauskommt. Ut. nach vorn verdrängt durch einen hinter ihm liegenden gänseeigrossen, stark druckempfindlichen Tumor, der mit d. Ut. fest zusammenhängt, sich am Becken nicht verschieben lässt. Temp. schwankt zw. 39,1 u. 39,5 in den folgenden Tagen. 21. I. Schüttelfrost. T. 40,0.

21. I. 96 Punction d. Tumors ergiebt Eiter. Incision vom hint. Scheidengewölbe. Drainage. Jodoformtamponade. Tägl. Ausspülungen. 23. I. Schüttelfrost. Temp. 39,3. Vom 29. I. an Temp. normal. Diagn. Perimetr. purul. — 10. II. 96. Geh. entl. Narbe im hint. Scheidengewölbe u. unbestimmte Resistenz daselbst.

Fall 54. Fr. K. 31 J. 4 P., 2 A.

Letzte Mens. 20. I. 96, 8 Tage lang dauernd, Blut fleischwasserähnlich. Letzter Partus 23. VIII. 95. Seit d. 17. I. heft. Schmerzen im Kreuz, die am 31. I. an Intensität zunehmen. Obstipation.

3. II. 96 aufgen. Vom hint. Scheidengewölbe fühlt man einen dasselbe vorwölbenden, d. Becken unverschieblich anliegenden Tumor, d. in d. beiden Parametrien übergeht. Temp. nie über 38,4. 5. II. per anum geht Eiter in grosser Menge ab. Der ganze Abscess entleert sich per rectum. T. vom 7. II. normal.

Diagn. Parametritis purul. mit Durchbruch ins Rectum. — 15. II. 96. Entl.

Fall 55. Fr. F. 34 J. 0 P., 0 A.

Letzte Mens. Anfg. Dec. 95. Am 5. II. 96 heft. Kreuzschmerzen, gleichzeitig Blutabgang aus d. Scheide. Am 9. II. sehr heft. Blutg., bei der ganze Stücken abgehen. Im Anschluss daran heft. Schmerzen in d. r. Unterbauchgegend. Abort im III. Monat.

15. II. 96 aufgen. Ut. gegen d. vord. Bauchwand gedrängt durch eine hinter demselben liegende Geschwulst. Aus d. Ut. entleert sich eine übelriechende, blutig-schleimige Flüssigkeit. Man fühlt ausserdem von aussen einen aus dem kleinen Becken kommenden, in d. Mittellinie fast bis zum Nabel reichenden u. beiderseits d. Unterbauchgegend vorwölbenden, schmerzhaften u. unbewegl. Tumor. Derselbe geht in einen d. hint. Scheidengewölbe vordrängenden, unbewegl. im Becken sitzenden, fluctuierenden Tumor über. T. 38,9.

15. II. 96. Probepunction vom hint. Scheidengewölbe ergiebt Eiter. Incision entleert 800 ccm davon. Drainage. Auskratzung d. Aborts. 16. II heft. Schmerzen in d. r. Seite. 18. II. Schüttelfrost u. erneute Incision, d. Eiter entleert. T. 41,2. 20. II. Einlegen eines neuen Drainrohrs. Beim Herausnehmen d. alten entleert sich reichlich Eiter. 22. II. Beim Drainwechsel fliesst immer noch Eiter ab. 24. II. Im r. Parametrium ein gänseeigrosser Tumor, der sich auf Druck verkleinert u. Eiter in die vorhandene Abscesshöhle entleert. 28. II. Untersuch. in Chloroformnarkose. R. vom Ut. fühlt man noch einen faustgrossen Tumor, welcher von d. bereits entleerten Abscesshöhle aus mit d. Finger angebohrt wird u. übelriechenden, dickflüssigen Eiter entleert. Tägl. Ausspülg. Temp. vom 28. II. an normal. Diag. Multiple parametrit. Abscesse. — 26. III. Geh. entl.

Fall 56. Fr. B. 31 J. 1 P., 0 A.

Letzte Mens. Ende April 95. 31. I. 96 Zangengeburt. Nach d. Geburt Wohlbefinden. Am 9. II. Schüttelfrost, dann beständig Fieber bis über 39. 9. II. Lochien übelriechend. Ausspülungen. Brechreiz, Appetitlosigkeit, Obstipation.

16. II. 96 aufgen. Temp. 38,4. Puls 96 p. m. Abdomen aufgetrieben u. druckempfindl. In d. r. Unterbauchgegend 3 Finger breite, schmerzhafte Resistenz, die unverschieblich ist. Innere Untersuchung wird nicht ausgeführt, da der Eiter bereits ins

Rectum durchgebrochen ist. Beim Durchbruch d. Eiters sinkt Temp. auf 36,4. 21. II. kein Eiter mehr im Stuhlgang.

Diagn. Parametrit. purul. dxtr. mit Durchbruch ins Rectum. — 29. II. 96. Geh. entl.

Fall 57. Fr. K. 23 J. 1 P., 1 A.

Letze Mens. 15. XII. 95. 16. II. 96 spont. Abort. Seitdem elend u. bettlägerig. 25. II. Fieber.

27. II. 96 aufgen. R. über d. Lig. Poup. 3 Finger breite Resistenz. Hintere Scheidenwand ödematös, vorgewölbt. Von aussen fühlt man noch einen d. Symph. handbreit überragenden, bis zur r. Beckenwand reichenden, unbewegl. Tumor, der auch bei d. inn. Untersuchg., u. zwar zunächst vom hint. Scheidengewölbe aus zu fühlen ist. Derselbe erstreckt sich nach allen Seiten bis an d. Beckenwand, von der er sich nicht abgrenzen lässt. Ut. stark nach vorn gedrängt, sodass d. Port. unmittelbar hint. d. Symph. steht. T. 39,3.

28. II. 96. Probepunction vom hint. Scheidengewölbe ergiebt Eiter. Incision. Drainage. 29. II. Temp. noch 39,4. Starke Schmerzen in Kreuz- u. Leistengegend. Bei d. täglichen Ausspülungen entleert sich noch Eiter. Vom I. III. an normale Temp. Diagn. Parametritis purul. — 26. III. 96. Geh. entl.

Fall 58. Fr. G. 37 J. 7 P., 6 A.

Letzte Mens. Anfg. Oct. 95. Seitdem ziehende Schmerzen im Unterleib. 10. XII. Abgang d. Foet. u. Nachgeb. Seitdem besteht Blutg. Innerlich wurde nicht untersucht.

21. XII. 95 aufgen. Temp. 37,8. Vorfall d. hint. Scheidenwand. Vom hint. Scheidengewölbe aus praller, mit d. Ut. u. d. Beckenwandungen zusammenhängender, unbeweglicher Tumor zu fühlen.

21. XII. 95. Probepunction vom hint. Scheidengewölbe ergiebt Eiter. Incision u. Drainage. Tägl. Ausspülungen u. Drainwechsel. Kein Fieber. Diagn. Parametrit. purul. post abortum. — 14. I. 96. Geh. entl.

Fall 59. Fr. P. 31 J. 2 P., 1 A.

3. I. 96 Abort. Entfernung d. Nachgeburt in Narkose. Danach Temp. 39,7. Schüttelfrost, Erbrechen, heft. Schmerzen im Leib.

11. I. 96 aufgen. Hint. Scheidewand vorgewölbt durch eine, hint. d. Ut. befindl. Resistenz. Probepunction negativ. Temp. 38,8. 24. I. R. oberhalb d. Lig. Poup. handbreite, d. Becken fest anliegende Geschwulst, welche mit der vom hint. Scheidengewölbe gefühlten zusammenhängt. 12. II. Eiter im Stuhl. Der Abscess ist ins Rectum durchgebrochen. 27. II. auf Wunsch entlassen. Nach d. Entlassung bettlägerig. Heft. Schmerzen stellen sich ein, desgl. ein Ödem d. r. Beines. 27. III. 96 zum 2. Male aufgen. Rechts u. hinten vom Ut. mit ihm zusammenhängende, bis zur Beckenwand reichende und von dieser nicht abgrenzbare, unbewegl. Resistenz. Probepunction negativ. Sitzbäder u. heisse Scheidenausspülungen.

Diagn. Parametr. purul. mit Durchbruch ins Rectum. — 30. IV. 96. Geh. entl.

Fall 60. Fr. D. 32 J. 1 P., 0 A.

Letzte Mens. Ende April 96. Seit 2 Wochen starkes Drängen nach unten, vollständige Appetitlosigkeit, häufiges Erbrechen schleimiger Massen.

19. V. 96 aufgen. Abdomen oberhalb d. Symph. druckempfindl. u. hier ein deutlich abgrenzbarer Tumor zu fühlen. Ut. nach unten u. vorn verdrängt durch eine druckempfindliche Geschwulst, die sich vom Becken nicht abgrenzen lässt und unbewegl. ist. Temp. 38.2.

21. V. 96. Probepunction ergiebt Eiter. Eröffnung eines parametritischen Abscesses vom hint. Scheidengewölbe. Ausspülg. Drainage. 17. VI. Drain wird weggelassen. 28. VI. wieder neu eingeführt. 21. VI. Schmerzen T. bis zum 27. zwischen 39 u. 40, T. v. 30. VI. normal. Diagn. Parametritis purul. — 7. IX. 96. Geh. entl.

Fall 61. Frl. S. 26 J. 0 P., 0 A.

Letzte Mens. Anfg. Juni 96. 12. VI. nach Erkältung Leibschmerzen, Obstipation. 18. VI. kolikartige Schmerzen in d. Unterbauchgegend. Therapie: Morphium, Abführmittel.

19. VI. 96 aufgen. Rechts vom Ut. diffuse, harte, druckempfindl. Resistenz, die sich weder vom Ut. noch von d. Beckenwandung abgrenzen lässt. Temp. 39,2.

22. VI. 96. Probepunction ergiebt Eiter. Exsudat vom hint. Scheidengewölbe eröffnet. Es entleert sich reichlich Eiter. Ausspülungen mit Ac. salicyl. 23. VI. Temp. normal. Diagn. Parametrit. purul. dxtr. 1. VII. 96. Geh. entl.

Fall 62. Frl. R. 23 J. 0 P., 0 A.

Letzte Mens. Ende Juni 96. Seit $^3/_4$ J. Schmerzen im Unterleib, namentl. bei körperl. Anstrengung. 28. VI. Fieber, Erbrechen, heft. Schmerzen im Unterleib. Obstipation.

6. VII. 96 aufgen. Ueber d. Symph. a. d. r. horizont. Schambeinaste eine diesen handbreit überragende, harte Geschwulst. Vom hint. Scheidengewölbe ist ein praller Tumor zu fühlen, der d. Portio stark nach vorn drängt, bis dicht hinter d. Symph. Tumor vom Becken nicht abgrenzbar. Ut. in d. Geschwulstmassen unbeweglich und nur undeutlich zu fühlen. Temp. 38,1.

7. VII. 96. Probepunction giebt Eiter. Incision entleert massenhaft jauchigen Eiter. T. v. 8. VII. normal. Diagn. Parametritis purul. dxtr. ? Entl., geh.

Fall 63. Fr. L. 31 J. 3 P. 0 A.

Letzte Mens. Anfg. Dec. 95. 31. VII. spont. Entbindung. 3 Stunden vor d. Entbindung innere Untersuchung durch d. Hebeamme. 2. VIII. Schüttelfrost, jeden Abend sich wiederholend.

12. VIII. 96 aufgen. Im l. Parametr. umfangreiche, unverschiebliche, bis zum Becken reichende Resistenz fühlbar. Im hint. Scheidengewölbe strangartige Resistenz. Probepunction negativ. Temp. 39. Warme Umschläge aufs Abdomen.

21. VIII. 96. Punction im l. Scheidengewölbe ergiebt dicken Eiter. Incision entleert wenig stinkenden Eiter. Drainage. Tägl. Ausspülungen. Fieberloser Verlauf. Diagn. Parametr. purul. sin. — 16. IX. 96. Geh. entl.

Fall 64. Fr. M. 32 J. 6 P., 0 A.

8. VII. spontane Geburt. Am 5. Tage stand Pat. auf. Am 3. VIII. Schmerzen in d. r. Seite; Abends Schüttelfrost. In den letzten Tagen Erbrechen, schmerzhafte Defäcation.

14. VIII. 96 aufgen. Abdomen r. u. l. auf Druck sehr empfindl. Scheidengewölbe r. u. l. hervorgewölbt. L. deutl. Fluctuation. Temp. 38,9.

14. VIII. 96. Probepunction ergiebt stinkenden Eiter. Incision. Vorgehen mit der Kornzange. Es entleert sich Eiter. Drainage. Das Fieber besteht fort. 21. VIII. Die r. Seite d. Scheidengewölbes stark hervorgetrieben. Probepunction ergiebt Eiter. Incision. Drainage. Tägl. Ausspülungen. Abendtemperaturen bis 40,9. Vom 6. IX. an fieberfreier Verlauf. Diagn. Parametritis purul. dxtr. et. sin. — 3. X. 96. Geh. entl.

Fall 65. Fr. B. 39 J. 3 P., 1 A.

Letzte Mens. 19—23. VIII. 96. Am 18. VIII. fiel Pat. die Treppe herab, danach heft. Schmerzen im Unterleib, Brennen beim Urinlassen, Schmerzen bei d. Defäcation, desgl. in beiden Unterbauchseiten u. im Kreuz.

25. VIII. 96 aufgen. Im hint. Scheidengewölbe grosse Resistenz fühlbar, die weder vom Becken noch von d. Uteruswand abgrenzbar ist. 25. VIII. Temp. 38,5.

25. VIII. 96. Probepunction ergiebt Eiter. Incision vom hint. Scheidengewölbe. Es entleert sich Eiter u. nekrotische Gewebsfetzen. Drainage. Fieberloser Verlauf. Diagn. Perimetrit. purul. — 21. IX. 96. Geh. entl.

Fall 66. Frl. K. 18 J. 0 P., 0 A.

Letzte Mens. Aufg. August 96. Hierbei äusserst heft. Schmerzen in d. r. Unterbauchgegend. Urinlassen ohne Beschwerden.

27. VIII. 96 aufgen. Im hint. Scheidengewölbe deutliche Geschwulst, die weder vom Becken noch vom Ut. abzugrenzen ist. Temp. 37,3.

29. VIII. 96. Probepunction ergiebt reinen Eiter. Incision entleert mässige Mengen davon. Drainage. Fieberloser Verlauf. 5. IX. Schmerzen l. im Unterleib. 14. IX. Schüttelfrost. Temp. 40,4. R. Ellenbogengelenk an d. dorsalen Seite gerötet u. schmerzhaft. 17. IX. Schmerzen in d. r. Unterbauchseite über d. Lig. Poup. Schüttelfrost. Temp. 41,6. 18. IX. Incision am Lab. maius dxtr. Eine grosse Abscesshöhle wird eröffnet. 20. IX. Schüttelfrost. Temp. 40,3. 22. IX. Ein zweiter Abscess von d. r. Scheidenwand eröffnet. Es entleert sich dicker, gelblicher Eiter. Communication zwischen d. Abscess im Labium u. d. zuletzt eröffneten mit d. Kornzange hergestellt. Diagn. Parametr. purul. et Septicaemia. — 25. IX. 96. Exitus letalis. Sectionsbefund: Parametritis chron. phlegmonosa, Pleuritis, Pneumonia dissecans multiplex. Infarctus ichorosus lienis, Hepatitis, Nephritis, Myocarditis parenchymatosa.

67. Fall. Fr. M. 34 J. 1 P., 1 A.

Letzte Mens. 11. VIII. 96. Seit d. 20. VIII. Drängen im Unterleib. 28. VIII. Blutg. Abgang von grossen Stücken. 1. IX. Fieber.

4. IX. 96 aufgen. Muttermund für d. Fingerspitze durchgängig. Ut. deutlich vergrössert. Entleerung d. Abortus mit stumpfer Curette. Im hint. Scheidengewölbe strangartige Resistenz. 5. IX. Temp. 37,8. 15. IX. Temp. 39,6. 16. IX. Hinter d. Ut. umfangreiche Resistenz, die breit vom Ut. nach d. Kreuzbein geht. Punction ergiebt mit Blut vermischten Eiter.

18. IX. 96. Punction ergiebt reinen Eiter. Incision. Drainage. Fieberloser Verlauf. 25. IX. Drain fortgelassen. Diagn. Parametritis purul. post abortum. — 31. IX. Geh. entl.

68. Fall. Fr. P. 27 J. 1 P., 0 A.

Letzte Mens. 28. IX. 96. Im vor. Jahre bestanden schon Schmerzen in d. r. Seite. 20. IX. 96 treten Schmerzen in d. l. Unterbauchseite auf. Urinentleerung schmerzhaft.

11. X. 96 aufgen. Abdomen druckempfindlich. Resistenz fühlbar, handbreit über d. l. horizont. Schambeinast. Im l. Scheidengewölbe u. in d. l. Hälfte d. vord. Scheidengewölbes eine diffuse Resistenz fühlbar, die d. Ut. vollständig umschlossen hält u. breit an d. Becken geht. Probepunction im l. Scheidengewölbe ergiebt dicken, stinkenden Eiter mit Blut vermischt. Warme Umschläge und Scheidenausspülungen. 15. IX. schmerzfrei. Temp. 37,2.

Diagn. Parametrit. purul. sin. — 22. IX. 96. Auf Wunsch gebessert entl.

69. Fall. Fr. K. 36 J. 3 P., 2 A.

13. VII. 96 Abort ausgeräumt. Danach bildete sich ein Exsudat, das durch kalte Umschläge gebessert wurde. 8. VIII. geh. entl. Bald danach Schmerzen in d. r. Leistengegend. Warme Umschläge. Wegen heft. Schmerzen in d. r. Leistengegend, im r. Hüftgelenk u. r. Oberschenkel Aufnahme.

15. IX. aufgen. Über d. r. Lig. Poup. eine 3 Finger breite, sehr druckempfindl. Resistenz. R. vom Ut. ein zieml. dicker Strang, der vom Ut. bis an die Beckenwandung verläuft. Temp. 39,1. Warme Breiumschläge. Bis 8. X. geringes Fieber.

9. X. 96. Eröffnung oberhalb des Lig. Poup. entleert reichlichen, dickflüssigen Eiter. Vom 10. X. fieberloser Verlauf. Diagn. Parametritis purul. dxtr. — 9. XII. 96. Entl. Die Fisteläffnung über d. r. Lig. Poup. noch nicht geschlossen. Jedoch entfliesst ihr kein Sekret mehr.

70. Fall. Fr. S. 31 J. 6 P., 0 A.

Letzte Mens. 1.—6. X. 96. 22. IX. plötzl. Schüttelfrost u. Fieber u. heft. Schmerzen im Unterleib. Kalte Umschläge erzielen eine Besserung. Mitte Oct. schwoll der Leib an.

22. X. 96 aufgen. Im hint. Scheidengewölbe unverschiebliche, vom Ut. bis zum Kreuzbein reichende Geschwulst. T. 37,6.

25. X. 96. Probepunction ergiebt reinen, etwas stinkenden Eiter. Incision vom hint. Scheidengewölbe entleert reichlichen, stinkenden Eiter. Drainage. 8. XI. Pneumonie. Diagn. Perimetritis purul. — 5. XII. 96. Geh. entl.

71. Fall. Frl. St. 22 J. 1 P., 0 A.

Letzte Mens. ?. Am 30. XI. 96 Partus. II. Schdl. mit Vorfall d. hint. Armes. Lues d. Frucht. Kind starb nach 3 Tagen.

Am 5. Tage d. Wochenbettes Schüttelfrost u. Schmerzen im Abdomen, die heftiger wurden. Temp. am 11. XII. 40. L. Parametr. druckempfindlich, deswegen nach d. gyn. Stat. verlegt.

13. XII. 96 aufgen. Ut. etwas vergrössert. Im hint. Scheidengewölbe breite Resistenz, die weder vom Kreuzbein noch vom Ut. abzugrenzen ist. Temp. 40. 13. XII. Probepunction ergiebt Eiter.

14. XII. 96. Incision: Entleerung einer grossen Menge jauchigen Eiters. Drainage. Abendtemp. 39,0. Vom 28. XII. an fieberfrei. 1. I. 97 keine Sekretion mehr. 11. I. Im r. Parametr. noch deutlich gänseeigrosser, verschiebl. Tumor zu fühlen. Diagn. Perimetritis purul. post partum. — 29. I. 97. Geh. entl.

72. Fall. Frl. B. 29 J. 0 P., 0 A.

Letzte Mens. 15.—17. X. 96. März bis Mai 88 Bauchfellentzündung (?). 1893 Gebärmuttersenkung. Sonst nie krank. 26. X. 96 plötzl. Schüttelfrost. 1. XI. nach d. Infections-Stat. verlegt, wo Pat. beständig fiebert. Sie klagt über Schmerzen im Kreuz u. d. r. Seite, Drängen nach unten u. Drängen zum Urinlassen.

12. XI. 96 aufgen. Im hint. Scheidengewölbe, sowie im r. diffuse, harte Resistenz, die weder vom Ut. noch von d. Beckenwandungen abgrenzbar u. völlig unverschieblich ist. Probepunction ergiebt mässigen, nicht stinkenden Eiter. Temp. 39,0. Hydropath. Umschläge.

14. XI. 96. Zweite Probepunction im r. Scheidengewölbe ergiebt reinen Eiter. Die Incision entleert eine reichliche Menge davon. Drainage. Abendtemp. schwanken zwischen 39,0 u. 40,1. 20. XI. Temp. 40,1. Vom vord. Scheidengewölbe deutl. Exsudat zu fühlen. 22. XI. Probepunction im vord. Scheidengewölbe negativ. Abendtemp. 39,2. 24. XI. Urin geht unwillkürlich ab. 26. XI. Drain. herausgenommen. 26.—29. XI. Temp. normal. Später abendl. Fieber bis 40,0. 13.—15. XII. Temp. normal. 2. I. Mit dem Urin geht eine grosse Menge Eiters ab. Abendl. Fieber. 10. I. 97. Grosse Mengen Eiters per rectum entleert. 21. I. Im Stuhl wieder Eiter. Darauf Temp. normal. Diagn. Parametritis purul. mit Durchbruch in Blase u. Mastdarm. — 27. III. 97. Geh. entl.

73. Fall. Frl. W. 31 J. 1 P., 0 A.

Letzte Mens. 16. XI. 96. Im Anschluss daran heftige Kreuzschmerzen u. Drängen nach unten.

7. XII. 96 aufgen. Im hint. Scheidengewölbe grosse Resistenz, die breit an d. Ut. und Kreuzbeinhöhlung herangeht u. von beiden nicht abzugrenzen ist. Der Tumor erstreckt sich hauptsächlich nach l. herüber. Temp. 37,1.

7. XII. 96. Probepunction ergiebt stinkenden Eiter. 8. XII. Incision entleert grosse Mengen reinen, stinkenden Eiters. Ausspülungen. Drainage. 12. XII. Blutung u. Entleerung eines 15 cm langen Foetus. Placenta theils manuell, theils mit stumpfer Curette entfernt. 1% Lysol-Ausspülungen. Temp. dauernd normal. Diagn. Parametr. purul. 31. XII. 96. Geh. entl.

74. Fall. Frl. K. 21 J. 0 P., 0 A.

Letzte Mens. Ende Nov. 96. Vor 2 Jahren dieselbe Erkran-

kung wie jetzt. 2. XII. 96 Schüttelfrost, Schmerzen im Unterleib u. Kreuz, Drängen nach unten. Tägl. heisse Scheidenausspülungen, andauerndes Fieber.

17. XII. 96 aufgen. Portio dicht hinter d. Symph. Vom hint. u. d. beiden seitl. Scheidengewölben eine pralle, diffuse Resistenz, die d. Scheidenwandungen stark vorwölbt u. weder vom Ut. noch von d. Beckenwandungen abzugrenzen ist. Temp. 37,7.

17. XII. 96. Probepunction ergiebt stinkenden Eiter. Breite Incision entleert grosse Mengen davon. Drainage. Ausspülungen. Temp. bis 25. XII. normal. 26. XII. bis 14. I. Abendtemp. zw. 38 u. 40, dann normal. Diagn. Parametritis purul. — 5. II. 97. Auf Wunsch geb. entl.

75. Fall. Fr. H. 44 J. 3 P., 0 A.

Letzte Mens. 6.—12. X. 96. Anfg. Oct. heft. wehenartige Schmerzen im Unterleib, die mit geringem Nachlass fortbestehen. Fortwährender Stuhldrang.

16. X. 96 aufgen. Oberhalb des Lig. Poup. r. u. l. feste, druckempfindl. Resistenzen. Hinter d. Ut. eine breite Resistenz, die sich nach d. Kreuzbein hinzieht u. sich nach oben zu beiden Seiten des Ut. fortsetzt. Temp. 38,1.

16. X. 96. Probepunction ergiebt jauchig stinkenden Eiter. Incision u. Drainage Vom 17. X. Temp. normal. 26. X. Drain fortgelassen. 30. X. Fango-Umschläge 39,30. 31. X. 40,35. 1. XI. 41,40. 2. XI. 41,45. 3. XI. 44,45. 4. XI. 45,50. Diagn. Parametr. purul. dxtr. et sin. — 5. XI. 96. Entl. R. vom Ut. ein gänseeigrosser Tumor, der mit einem Stiel an d. Ut. herangeht u. leicht verschieblich ist.

Betrachten wir das Alter der in vorgehender Aufstellung erwähnten Frauen, so zeigt sich die vielfach constatierte Thatsache, dass die para- und perimetritischen Abscesse in engem Zusammenhange mit dem Höhepunkt des geschlechtlichen Lebens stehen. Von den 75 Pat. waren 34 im Alter von 20—30 Jahren, während 30 zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre standen. Es hatten also 64 Frauen $= 85\%$ ein Alter zwischen 20—40 Jahren, während nur 3 unter 20 Jahren, 8 über 40 Jahre alt waren. Jenseits des 50. Lebensjahres wurde nur eine Frau wegen Beckenabscesses operativ behandelt.

Die Zusammenstellung der bei den einzelnen Frauen vorhergegangenen, nicht im ursächlichen Zusammenhange mit dem eitrigen Exsudat stehenden Geburten ergiebt, dass 21 Frauen $= 28\%$ nie, $22 = 29\frac{1}{3}\%$ nur einmal geboren hatten. Zwei, drei und vier Geburten hatten je 6 Frauen überstanden. Es bleiben also nur 14 Fälle übrig, in denen mehr als vier Geburten stattgefunden hatten. Hieraus geht hervor, dass die durch volle Entwicklung und Austossung der Frucht in dem Genital-

apparate bedingten Veränderungen an sich keine Disposition für para- und perimetritische Abscesse geben. Ebensowenig ist dies der Fall bei den Umwälzungen, die durch eine vorzeitige Ausstossung des Foetus gesetzt werden. Von den 75 Frauen hatten 48 = 64% nie, einmal 15, zweimal 6 Frauen abortiert. Nur insgesamt in 6 Fällen waren mehr als zwei Aborte vorangegangen. Ein ähnliches Verhältnis ergiebt sich, wenn man bei den einzelnen Pat. die vorausgegangenen Geburten und Aborte summiert. Es zeigt sich dann, dass in 69% der Fälle weniger als 4 (Geburten und Aborte), die nicht in aetiologischem Zusammenhang mit dem Abscess stehen, stattgefunden haben.

Die para- und perimetritischen Exsudate sollen hinsichtlich ihrer Aetiologie nicht geschieden werden. Denn es besteht ja kein Zweifel darüber, dass dieselbe Ursache die einen parametritischen Abscess hervorgerufen hat, auch weiter eine Eiteransammlung im Perimetrium zeitigen kann. Hierfür spricht die Thatsache, dass reine perimetritische Abscesse selten sind, und dass mit der Erkrankung des Beckenperitoneums in sehr vielen Fällen eine solche des Parametriums einhergeht. Auch die bacteriologischen Studien haben nicht ergeben, dass bestimmte pathogene Mikroorganismen das Parametrium, andere das Perimetrium zum Schauplatz ihrer Thätigkeit machen. Von Bedeutung sind hauptsächlich die Eingangspforten, durch die die Infection zustande kommt. Buschbeck und Ettinger[16]) gehen also wohl etwas zu weit, wenn sie meinen, dass die para- und perimetritischen Exsudate „wohl immer ganz verschiedenen Ursprungs sind".

Bei 19 Frauen entwickelte sich der Beckenabscess im Anschluss an eine Geburt. Hierzu sind auch die Fälle 34 und 50 gezählt, in denen die vorangegangene Geburt nicht ohne jedes Bedenken als aetiologisches Moment für das eitrige Exsudat angesehen werden darf. Dies gilt besonders für den letzteren Fall. Hier traten nach der im Oktober 1894 stattgehabten Entbindung keine Menses mehr auf, und die Krankheitssymptome stellten sich plötzlich nach Ablauf eines Jahres ein. Indessen spricht der Untersuchungsbefund, welcher ergab, dass das ganze kleine Becken mit festen Exsudatmassen aus-

gefüllt war, und die bei der Aufnahme constatierten normalen Temperaturverhältnisse für einen chronischen Verlauf des Krankheitsprocesses. Es lässt sich deshalb die Annahme verteidigen, dass das parametritische Exsudat im Anschluss an Infection im Wochenbett entstanden ist.

Die übrigen 17 Fälle lassen keinen Zweifel daran, dass die Abscesse sich im Anschluss an einen Partus entwickelten. Dieser verlief bei 11 Frauen ohne jede Störung, und es ist nicht zu ermitteln, auf welche intra oder post partum in Action getretene Ursache der nachfolgende Beckenabscess zurückzuführen sei. Wie in solchen Fällen die Infection zustande kommen kann, dafür geben Buschbeck und Ettinger[16]), die in ihrer Arbeit auch einen Fall veröffentlichen, in dem sich nach der Geburt ohne vorangegangenen geburtshilflichen Eingriff oder innere Untersuchung unter hohem Fieber eine Parametritis entwickelte, folgende Möglichkeiten an. „Entweder hatten hier kleinste, bei der schnell erfolgten Geburt entstandene Schleimhautrisse genügt, dem keimhaltigen Sekret den Weg in das parametrane Gewebe zu öffnen, oder eine alte Erkrankung des Perimetriums war unter dem Einfluss der Geburt recidiviert. Oder endlich kann die Entstehung darauf zurückgeführt werden, dass die Betreffende tagelang mit 3—5 Markstück weit geöffnetem inneren Muttermund und stehender Blase herumgegangen ist, eine Beobachtung, die wir nicht selten bei Hochschwangern in der letzten Zeit vor der Entbindung machen konnten. Bedenkt man, dass in solchen Fällen das untere Uterinsegment in kleinerem oder grösserem Bezirk von den Eihäuten abgelöst ist, dann ist den Mikroben in weitestem Masse Thür und Thor geöffnet, namentlich wenn solche Schwangern zur inneren Untersuchung verwendet werden und ungeschickte bezw. unverständige Tastungen des Zeigefingers in oder über dem Bereich des inneren Muttermundes stattfinden.“

Einmal ist aus der Krankengeschichte zu ersehen, dass eine innere Untersuchung durch die Hebeamme stattgefunden hat, durch die vielleicht die Infection zustande kam.

Die übrigen Entbindungen hatten keinen normalen Verlauf. Dreimal wurde das Kind durch die Zange zur

Welt gebracht, und in einem Falle waren nach der Geburt Placentarreste im Uterus zurückgeblieben. Einmal nahm die Geburt infolge abnormer Grösse des Kindes einen sehr protahierten Verlauf, und in einem andern Falle liess sich Lues der Frucht und Vorfall des Arms constatieren.

Erwähnt mag nochmals die interessante Thatsache werden, dass 11mal unter 20 Fällen eine Infection mit nachfolgendem Beckenabscess nach ohne jede Störung und innere Untersuchung abgelaufenen Partus erfolgte.

Wie die Geburt, so ist der Abort ein wichtiges ätiologisches Moment für die Entstehung der Beckenabscesse. Dies zeigt die Thatsache, dass in mehr als 40 % der Fälle jene sich nach einem Abort herausbildeten. Ein solcher wurde als vorangegangen auch im Fall 19 angenommen, und zwar auf Grund der Angabe, dass die Menses ausgeblieben und plötzlich wehenartige Schmerzen im Unterleibe und Blutung aufgetreten waren, obwohl die Anamnese betont, dass bei letzterer keine Stücke abgingen. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei Fall 35. Für die Annahme eines Aborts ist hier aus der Anamnese nur das Sistieren der Menses verwertbar. Indessen lässt die bei der Aufnahme durch Sondierung gefundene Vergrösserung des Uterus wohl keinen Zweifel daran, dass das Exsudat auf Infection während des Aborts zurückzuführen sei. Nicht so klar ist die Antwort auf die Frage, wie während des Aborts die Infection zu stande gekommen ist. In 14 Fällen machte der Abort einen Eingriff seitens des Arztes in Form des Curettements oder manueller Ausräumung notwendig. Dass der nachfolgende Beckenabscess auf Rechnung dieses Eingriffs zu setzen ist, geht aus einigen bezüglichen Fällen deutlich hervor. In anderen bestand schon, z. B. in Fall 11, ein deutliches Exsudat vor Ausführung des Curettements, und in Fall 73 wurde dieses und manuelle Lösung erst in Anwendung gebracht, nachdem schon vier Tage vorher ein Abscess durch Incision entleert war.

Bei 17 Pat. lässt sich aus der Anamnese ersehen, dass der Abort ohne ärztlichen Eingriff von statten ging. Zur Erklärung des Zustandekommens der Infection in diesen Fällen mag auf das verwiesen werden, was oben über diesen Punkt bei Geburten, die ohne Störung ver-

liefen, citiert ist. Diese Angaben erschöpfen indessen nicht alle Möglichkeiten. Verständlich kann die Häufigkeit der Beckenabscesse nach Aborten erst dann werden, wenn man die Thatsache nicht ausser Acht lässt, dass eine grosse Anzahl der letzteren criminelle Natur ist.

Schröder[17]) vertritt die Ansicht, dass die Parametritis, eine durch Infection mit septischen Stoffen hervorgerufene Zellgewebsphlegmone, sehr häufig im Puerperium auftritt, ausserhalb desselben zu den Seltenheiten gehört, während die Perimetritis durch die verschiedensten Ursachen hervorgerufen werden kann. Als solche gelten eine sich weiter verbreitende Parametritis, Metritis, Endometritis, Hämatometra, Inversio, Prolapsus, Retro- und Anteflexio uteri, maligne Neubildungen, Gonorrhoe, Menstruationsstörungen, wie Dysmenorrhoe etc., Trauma.

Die Parametritis kann nach demselben Autor in allen Fällen auftreten, in denen das Epithel der Uterusschleimhaut verletzt ist und vom unterliegenden freigelegten Bindegewebe septische Stoffe resorbiert werden. Es ist ja natürlich, dass die grösste Möglichkeit für das Zustandekommen der Infection im Puerperium vorhanden ist. Eingangspforten für Infectionserreger stehen aber auch unter anderen pathologischen Verhältnissen am Uterus offen, und deshalb sind die parametritischen Abscesse auch ausserhalb des Puerperiums nicht zu selten.

In $33^1/_3$ % der vorstehenden Fälle liegt ein anderes ätiologisches Moment dem Beckenabscess zu grunde. Aus diesen kann man 11 Fälle herausnehmen, bei denen es sich zweifelsohne um deutliche parametr. Abscesse handelt. In allen ist eine vorhergegangene Geburt bezw. Abort, die mit der Eiteransammlung in ursächlichem Zusammenhang stehen könnte, mit absoluter Sicherheit auszuschliessen. Hiermit soll weiter nichts gesagt werden, als dass entzündliche Erkrankungen des Parametriums in nicht seltenen Fällen eine andere Ätiologie als Infection im Puerperium haben können.

In den Fällen 14 u. 22 bestand schon seit langer Zeit Fluor albus. Viermal entwickelte sich der Beckenabscess im Anschluss an die Menses, und in sechs Fällen ist Gonorrhoe für diesen verantwortlich zu machen. In den Anamnesen findet sich allerdings nur einmal die stricte

Angabe, dass Tripper bestanden habe. Das Bestehen desselben ist jedoch bei diesen 6 Pat. als fast absolut sicher anzunehmen, und zwar auf Grund der Thatsachen, dass bei allen schon seit längerer Zeit Ausfluss und Urin- resp. Blasenbeschwerden vorhanden waren.

Die Ursache der Eiteransammlung lässt sich in 8 Fällen, 6, 26, 53, 60, 61, 62, 70, 75, nicht feststellen, während bei Fall 46 einiger Grund zu der Annahme besteht, dass der Beckenabscess sich im Anschluss an eine Perityphlitis entwickelte. In einigen jener Fälle, wie z. B. bei 62, lässt sich der Verdacht nicht ganz von der Hand weisen, dass eine schon längere Zeit bestehende Gonorrhoe den parametr. Abscess verursacht hat. Einmal entstand dieser im Klimacterium (Fall 16), in einem anderen Fall (65) wird ein Trauma als Ursache angegeben, und im Fall 74 kam das Recidiv eines alten Abscesses zur operativen Behandlung.

Das constanteste Symptom bei den an Beckenabscessen leidenden Frauen ist die bedeutende Druckempfindlichkeit des Abdomens, die in fast allen Fällen bestand. Auch über spontane Schmerzen im Unterleib klagten die meisten Pat., und nur bei 12 Frauen fehlten diese. Die Qualität des Schmerzes wird ganz verschieden angegeben. Die einen bezeichnen ihn als ziehend, andere als brennend und stechend. In manchen Fällen trat der Schmerz in kolikartigen, wehenartigen Anfällen auf. Localisiert wird derselbe fast ausnahmslos in das Abdomen und in das Kreuz. Die Kreuzschmerzen sind bisweilen die prävalierende Empfindung.

Symptome von Seiten der Blase und des Mastdarms gehören zu häufigen Begleiterscheinungen der Beckenabscesse. In 15 Fällen bestand Obstipation. Diese zeigte sich hauptsächlich bei den parametr. Exsudaten und erklärt sich aus den engen Beziehungen, in welche dieselben zu dem das Rectum umgebenden Bindegewebe treten. Die Exsudate verbreiten sich im periproctalen Gewebe und führen zur Verengerung des Mastdarms und so zu Beschwerden bei der Defäcation.

Ebenso kann auch das die Blase umgebende Bindegewebe durch einen parametr. Abscess ergriffen werden. Hieraus können die Klagen der Pat., die sich auf Drängen zum Urinlassen und Schmerzen bei diesem beziehen, ihre

Erklärung finden. Indessen ist der Schmerz beim Urinlassen auf eine Affection des paracystitischen Gewebes nicht immer zu beziehen, da derselbe in vielen Fällen durch die bestehende Gonorrhoe bedingt ist.

Zum Krankheitsbilde der Beckenabscesse gehört in den meisten Fällen das Fieber, das im Beginn der Erkrankung von häufigen Schüttelfrösten begleitet sein kann. Die Temperatursteigerung kann 41° und darüber erreichen und bei einem keineswegs selten vorkommenden Verlauf der Krankheit dauernd bestehen. In andern Fällen hat das Fieber einen remittierenden Typus, und es zeigen sich abendliche Temperatursteigerungen, die eine beträchtliche Höhe erreichen können, in andern wieder ist die Temperatur dauernd normal.

Alle diese Symptome sind jedoch hinsichtlich ihres Wertes für die Diagnose eines Beckenabscesses von untergeordneter Bedeutung. Dieser kann nur mit Sicherheit erkannt werden durch combinierte Untersuchung von den Bauchdecken und der Scheide, die durch die Exploratio per rectum wesentlich unterstützt wird. Es ist eine anerkannte Thatsache, dass die Unterscheidung zwischen extra- und intraperitonealen Beckenabscessen bedeutende Schwierigkeiten bieten kann, mitunter sogar unmöglich ist. Hierzu trägt nicht zum wenigsten der Umstand bei, dass bei dem engen anatomischen Zusammenhange, der zwischen Beckenbauchfell und Beckenbindegewebe besteht, oft para- und perimetr. Abscesse nebeneinander vorhanden sind. „Selbst bei der Autopsie, sagt Schröder[17]), „kann die Entscheidung schwer sein, weil auch intraperitoneale Exsudate von einer neugebildeten Membran bekleidet sein können, die grosse Ähnlichkeit mit dem Peritoneum gewinnt.“ Indessen gestatten doch die meisten Fälle bei genauer Untersuchung die Unterscheidung, und es bestehen auch eine Anzahl differentialdiagnostischer Momente, die ziemlich sichere Schlüsse zulassen. Winter[18] hat dieselben in seinem Lehrbuch „Gynäkologische Diagnostik“ in übersichtlicher Weise zusammengestellt. Von Wichtigkeit für die Differentialdiagnose ist in erster Linie die Lage des Exsudats. Nur seitlich gelegene Exsudate sind als parametr., solche, die hinter dem Uterus gelegen sind, als dem Douglas angehörige anzusprechen. Es umgreifen jedoch auch

Züge des Beckenbindegewebes den Cervix uteri, so dass auch ein hinter diesem gelegener Abscess dem Parametrium angehören kann. Hier kann die Verschieblichkeit der hinteren Vaginalwand von diagnostischer Bedeutung sein. Denn während diese bei den Exsudaten im Douglas, „wenn das dazwischen liegende Bindegewebe frei ist," eine grosse Dislocationsfähigkeit besitzt, lässt sie sich bei der Affection des retrocervicalen Bindegewebes, das ja unmittelbar an die Vaginalwand heranreicht, nur sehr wenig verschieben. Grossen Wert legt Winter[18] auf die Beschaffenheit der untern Kontur des Exsudats und auf dessen Beziehung zum Rectum. „Bei peritonitischen Exsudaten ist die untere Kontur, entsprechend dem Douglasschen Raume, rund oder oval, jedenfalls scharf abgesetzt, während die retrouterinen Bindegewebsexsudate nach unten hin sich ins Septum recto-vaginale fortsetzen und dadurch ein scharf zugespitztes unteres Ende haben, weiter herunter reichen als das Douglasexsudat und weiter seitwärts an die Beckenwand heranreichen als dieses."

Was das Verhältnis des Mastdarms zu den Exsudaten angeht, so ist von Wichtigkeit, dass dieser extraperitoneal gelegen ist und von dem periproctalen Bindegewebe umgeben ist. Dieses anatomische Verhalten macht es vollkommen verständlich, dass ein Douglasexsudat nur die vordere Wand des Rectum in dessen Lumen hervorwölben, ein Exsudat im paraproctalen Bindegewebe das Lumen des Mastdarms gleichmässig verengern wird. — Auch die Beziehungen des Exsudats zur hinteren Uteruswand können eine differential-diagnostische Handhabe bieten. „Das pelveoperitonitische Exsudat kennt keine Grenzen und verbindet sich mit der hinteren Uteruswand, so weit sie Peritoneum trägt, also bis an den Fundus und darüber hinaus; das extraperitoneal gelegene Exsudat aber hört auf an der Grenzlinie der lockern Anheftung des Peritoneums und lässt die obere Hälfte des Corpus frei."

Die Konsistenz des Exsudates ist für die Diagnose insofern verwertbar, als die parametr. Exsudate früh hart werden, während die perimetr. sich längere Zeit weich erhalten. — Schröder[17] sieht grössere retrouterine Abscesse stets als intraperitoneal gelegene an, desgleichen

diejenigen Exsudate, die bei der Punction „dünnes Serum im Strahl“ ergeben.

Legen wir die eben erörterten differential-diagnostischen Momente der kritischen Betrachtung der vorstehenden 75 Fälle zu Grunde, so ergeben sich 58 parametr. und 13 perimetr. Abscesse, während in 4 Fällen eine z. T. durch die Section erhärtete Combination beider Arten nachweisbar war. Indessen sind auch die unter die Rubrik der parametr. Abscesse gerechneten 58 Fälle nicht alle von typischer Beschaffenheit, und es ist in den Fällen 32, 44, 58 und 60 nach dem Untersuchungsbefunde mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass neben dem Exsudat im Beckenbindegewebe noch ein intraperitoneales bestand.

Die Wege, auf denen sich der Eiter der Abscesse Abfluss verschaffen kann, sind ganz verschiedene. Für das Verständnis der Durchbruchsstellen ist das anatomische Verhalten des Beckenbindegewebes von Wichtigkeit. Das von Virchow[19] als parametranes Bindegewebe bezeichnete Gewebe bildet mächtige Lager seitlich vom Cervix uteri bis an die Beckenwand heran und wird hier als Ligamentum cardinale bezeichnet. Dieser Grundstock steht nach hinten in directer Verbindung mit dem retroperitonealen und periproctalen Bindegewebe, nach vorn einerseits mit dem lockern, spärlichen Gewebe zwischen Blase und Uterus, andrerseits mit dem Gewebe des Leistenkanals, und endlich setzt es sich von hier aus in das lockere Bindegewebe zwischen Peritoneum parietale und den Bauchdecken fort. Diese weichen Gewebsmassen bieten der Verbreitung des Eiters keinen Widerstand. Aus diesen anatomischen Verhältnissen wird verständlich, dass der Beckenabscess auf vielen Wegen perforieren kann, und zwar in die Bauchhöhle, in die Blase, nach der Scheide, ins Rectum und nach der äusseren Haut. An der letzteren kann der Durchbruch an folgenden Stellen erfolgen:

1. oberhalb oder unterhalb des Lig. Poupart.,
2. nach dem Os ischii,
3. nach dem Schenkelkanal,
4. nach dem Leistenkanal,
5. antevesical ins Cavum Retzii.

Bei unsern 75 Patienten hat sich der Eiter in fünfzehn = 20 % der Fälle selbst einen Weg in eins der benachbarten Organe gebahnt. Am häufigsten, und zwar in 6 Fällen, erfolgte der Durchbruch in das Rectum, viermal in die Blase, einmal in die Bauchhöhle und in zwei Fällen sowohl in die Blase als auch in das Rectum. Im Fall 11 bestand eine Blasenscheidenfistel, die aller Wahrscheinlichkeit nach durch actives Vordrängen des Eiters entstanden ist; indessen ist nicht ausgeschlossen, dass die Fistel durch die Punction, resp. Incision vom Scheidengewölbe entstanden ist, wie dies in No. 12 und 26 der Fall war.

Es liegt klar auf der Hand, dass die Prognose der Perforation sich am ungünstigsten gestalten muss, wenn der Abscess in die Bauchhöhle durchbricht. Das beweist auch der Ausgang im Fall 14. Hier trat, nachdem neun Tage lang hohes Fieber bestanden hatte, unter Collapserscheinungen der Tod ein. Die Section ergab Peritonitis phlegmonosa purulenta, die durch Communication des parametr. Abscesses mit der Bauchhöhle entstanden war. Indessen kann auch nach Durchbruch des Eiters in die Bauchhöhle quoad vitam ein günstiger Ausgang erfolgen. Es hat dies statt in denjenigen Fällen, in denen sich die Perforation langsam vorbereitet und Verwachsungen mit Nachbarorganen eingetreten sind. Es können dann neue perisalpingitische, perioophoritische, perimetritische Abscesse entstehen, die wie die ursprünglichen Fälle verlaufen.

Früher bestand die Ansicht, dass auch diejenigen Abscesse, die in Blase und Rectum zugleich perforieren, eine sehr üble Prognose böten, und Nonat verteidigte den Standpunkt, dass, „wenn der Abscess sich gleichzeitig in den Darm und die Blase eröffnet, der Tod fast unvermeidlich ist“. Thomas[5]) hat im Charseston Medical Journal des Jahres 1853 einen Fall von Beckenabscess, der in Vesica und Rectum sich eröffnete und zum Tode der Pat. führte, publiciert. Der Durchbruch in diese beiden Organe erfolgte unter den vorliegenden Fällen zweimal. (Fall 20, 72.) Im ersteren war der Perforation kein operativer Eingriff vorangegangen und der Eiter entleerte sich von selbst vollständig per vias naturales. Die Patientin, die sich sieben Wochen in

der Charité aufhielt, konnte nicht bis zur völligen Genesung beobachtet werden. Es war auch später nichts mehr über ihr Befinden in Erfahrung zu bringen. Indessen ist anzunehmen, dass eine völlige Heilung eingetreten ist, zumal schon bei der Entlassung kaum noch subjective Beschwerden vorhanden waren. — Bei der Patient. im Fall 72 handelte es sich um multiple parametritische Abscesse, gegen die durch Incision von der Scheide vorgegangen wurde. Dass die Blasendarmfistel keine Folge des operativen Eingriffs war, sondern dass der Durchbruch spontan erfolgte, erhellt aus dem Umstande, dass erst fünf Wochen nach der Operation sich Eiter durch Blase und Darm entleerte. In diesem Fall konnte die Pat. circa zwei Monate nach erfolgter Perforation der Abscesse als völlig geheilt entlassen werden. Es lehren diese beiden Fälle, dass die Perforation des Eiters in Vesica und Rectum keine ungünstige Prognose ergiebt. Es zeigt sich nur, dass die Heilung einen protrahierten Verlauf nimmt.

Am häufigsten, und zwar unter Zurechnung der beiden vorstehenden Fälle 8mal = 12%, erfolgte der Durchbruch in den Darm, stets mit Ausgang in Heilung. Die Gefahr, dass das Eindringen septischer Stoffe vom Darm her den Verlauf der Beckenabscesse ungünstig beeinflussen könnte, scheint hiernach nicht zu bestehen, oder doch sehr gering zu sein. Hierfür spricht besonders der Ausgang im Falle 40, in dem sich 10 Tage, nachdem der Abscess von der Scheide her durch Incision eröffnet war, aus der Eiterhöhle Darminhalt entleerte. Während des ganzen Verlaufs bestand normale Temperatur.

Im Fall 10 war die Entleerung des in das Rectum perforierten perimetr. Exsudates eine unvollkommene, und es erwies sich zur vollständigen Elimination des Eiters eine Incision notwendig. Bei den übrigen vier hierher gehörigen Pat. erfolgte vollständige Entleerung des Eiters durch den Darm, ohne dass ein operativer Eingriff notwendig wurde.

Von den vier Fällen, in denen sich der Eiter einen Ausweg in die Blase bahnte, hatte einer — F. 6 — einen tödlichen Ausgang, für den jedoch nicht die Perforation des Eiters verantwortlich zu machen ist. In den übrigen drei Fällen erfolgte Heilung.

Anders gestalteten sich die Verhältnisse in dem Fall (30), wo der Eiter in die Scheide zum Durchbruch kam. Elf Tage, nachdem die Communication des Abscesses mit der Scheide spontan eingetreten war, wurde eine Eiteransammlung in der Leistengegend eröffnet. Die Haut war weit unterminiert und der stark stinkende Eiter mit Luftblasen vermischt. Noch am selben Tage erfolgte der Exitus, der wohl mit Sicherheit darauf zurückzuführen ist, dass mit der Luft zu septischen Processen führende Keime eingedrungen waren. Die Section ergab Parametritis dextra septica.

Was die Behandlung der Beckenabscesse angeht, so vertrat noch Schröder[17]) die Ansicht, dass man sich bei einem parametr. Abscess, da er doch nicht in die Bauchhöhle, sondern in der Regel an einer durchaus günstigen Stelle durchbreche, nicht grosse Mühe zu geben brauche, den Eiter zu finden etc. Heute giebt es wohl nur wenig Gynäkologen, die bei der Behandlung der eitrigen Exsudate nicht den Grundsatz vertreten: Ubi pus, evacua. Nach diesem Princip wurde auch in unsern Fällen vorgegangen. Der Nachweis von Eiter wurde stets durch die Punction geführt, die auch dann zur Ausführung gelangte, wenn der von der Scheide oder von anderen Punkten gefüllte Tumor bei der Palpation nicht Fluctuation zeigte. Denn wie Buschbeck und Ettinger[16]) mit grossem Nachdruck betonen, und was auch aus einer Anzahl vorstehender Fälle ersichtlich ist, sind die Exsudate bisweilen steinhart, haben aber „in ihrer Mitte immer noch einen Kern, der aus einem flüssigen oder eingedickten Eiter oder reinem oder trübflockigem Serum besteht. Solange derselbe noch vorhanden und uneröffnet ist, bewegt sich die Temperatur immer noch zwischen 37° und 38,2—38,5°.“ Die Punction kann auch vor schweren diagnostischen Irrtümern schützen. „Diesem diagnostischen Mittel,“ sagt Landau[7a]), „habe ich es zu danken, dass ich in einer grossen Anzahl von Fällen, in welchen ich nach dem sonstigen Befunde nur zu leicht geneigt war, ein Fibroid oder Metritis oder Parametritis anzunehmen, zur Klarheit über das Leiden und die Kranken zur Heilung ihrer Krankheit gelangt sind.“ Nur in denjenigen Fällen, wo das Vorhandensein eines Abscesses ausser Zweifel stand, (7, 8 etc.) wurde, be-

sonders wenn er sich nach der äussern Haut vorbuchtete, von einer Punction Abstand genommen und ohne weiteres zur Incision geschritten. Die Punction kann auch in therapeutischer Beziehung von einiger Bedeutung sein, insofern als sie die Vorbereitung für die nachfolgende Incision ist. Die diagnostische Bedeutung ist jedenfalls ausser Frage gestellt und deswegen die Punction angelegentlichst zu empfehlen, zumal sie bei richtiger Ausführung keine Gefahr bedingt.

War durch die Punction der Nachweis des Eiters geführt, so wurde zur Incision geschritten. Nur in zwei Fällen (32 und 37) wurde von diesem Verfahren abgewichen, wohl deswegen, weil die Punction keinen reinen oder nur sehr wenig Eiter ergab. Im Falle 32 kam es nach der Punction zur Resorption des Exsudats, während im Fall 37 kaum eine Änderung des Zustandes eintrat und Schmerzhaftigkeit fortbestand. Es wäre wohl auch in diesen Fällen Incision indiciert gewesen.

Bei allen übrigen Pat. — ausgenommen natürlich die Fälle, in denen der Eiter sich spontan entleerte — wurde der Abscess durch Einschnitt eröffnet. Als Angriffspunkt wurde stets die Stelle gewählt, wo das Exsudat am meisten prominierte. Weitaus am häufigsten wurde die Incision in das hintere Scheidengewölbe gemacht. Dreimal wurde der Abscess von der vordern Scheidenwand aus eröffnet, während in 7 Fällen oberhalb des Poupartschen Bandes incidiert wurde. Umgekehrt ist das Verhältnis in den von Buschbeck und Ettinger[16]) zusammengestellten 35 Fällen; hier wurde nur sechsmal von der Scheide aus, dagegen bei 27 Frauen von den Bauchdecken aus der Abscess entleert. Je einmal wurde in unsern Fällen der Eiterherd am Labium maius und in der Leistengegend eröffnet. Bei drei Kranken wurde die Laparotomie ausgeführt (F. 44, 45 und 51); und zwar war sie einmal indiciert durch einen intraligamentären Abscess, einmal durch einen Ovarialabscess und im Fall 44 endlich durch ein neben dem parametr. Abscess bestehendes Myom.

Nicht immer hatte die Incision die völlige Entleerung des Eiters zur Folge, obwohl die Abscesshöhlen fleissig ausgespült und drainiert wurden. In 10 Fällen musste ein zweiter Einschnitt ausgeführt werden, zwei-

mal (F. 14 und 66) war sogar eine dritte Incision vonnöten.

Was den unmittelbaren Erfolg des operativen Vorgehens anbetrifft, so lässt sich in den meisten Fällen die sofortige Rückkehr der Temperatur auf die Norm constatieren. Nur wenn mehrere von einander getrennte Eiterherde bestanden, die nicht durch eine Incision entleert werden konnten, stieg das Fieber von neuem an und die Krankheit nahm einen sehr protrahierten Verlauf. Zweimal wurde bei der Incision die Blase eröffnet, ohne dass jedoch dadurch ein ungünstiger Ausgang erfolgte.

Durch diese Behandlung wurde bei 42 Pat. vollständige Heilung erzielt, d. h. es waren bei der Entlassung weder irgend welche subjectiven Beschwerden, noch objectiv nachweisbare Residuen des Abscesses vorhanden. In 9 Fällen wurden die Frauen mit grösseren oder kleineren noch bestehenden Beschwerden — grösstenteils auf eignen Wunsch — entlassen. Bei 14 Pat. waren bei der Entlassung noch mehr oder weniger grosse Resistenzen in den Parametrien nachweisbar.

In die Augen fallend ist der hohe Procentsatz der Todesfälle. Unter den 75 Fällen trat zehnmal der Exitus letalis ein; das ergiebt eine Mortalität von $13^1/_3$ %, während Buschbeck und Ettinger[16]) bei 35 Kranken keinen Todesfall zu verzeichnen hatten.

In fast allen diesen ungünstig verlaufenen Fällen erfolgte der Exitus unter Collapserscheinungen, und die Section ergab eine Peritonitis purulenta als Todesursache. Im Fall 5 bestand zu gleicher Zeit eine Pneumonia fibrinosa duplex.

Diese grosse Mortalitätsziffer legt die Frage nahe, ob die angewandte Therapie in den zum Exitus gelangten Fällen ausreichend war. Wir sehen bei 3 Pat. (6, 24, 35), dass der Tod spätestens 24 Stunden nach der Operation eintrat, und dass in diesen Fällen die Section eine ausgedehnte Peritonitis purulenta ergab. In Fall 6 und 35 wurde zu einem operativen Eingriff erst 4 Tage nach der Aufnahme der Pat. geschritten, obwohl schon bei der Aufnahme Exsudatmassen nachweisbar waren. Hier hätte vielleicht eine frühere Operation einen günstigeren Erfolg gezeitigt. Ähnliches gilt für den Fall 23. Hier

ergab der Untersuchungsbefund, dass ein weiches Exsudat vorhanden war, und trotzdem wurde ein operativer Eingriff unterlassen. Nach 4 Tagen erfolgte der Exitus. — Bei Frau T. (Fall 46), lässt sich aus der Krankengeschichte nicht entscheiden, ob die Behandlung ausreichend war; Section fand nicht statt. Dagegen ist im Fall 30 unterlassen worden, der über der rechten Darmbeinschaufel nachgewiesenen, undeutlich fluctuierenden Geschwulst durch Operation näher zu treten.

Aus diesen Fällen kann die Regel hergeleitet werden, möglichst früh die Punction bei allen Resistenzen im kleinen Becken vorzunehmen, die dem physikalischen Befunde nach für Exsudate gehalten werden können, und bei Nachweis von Eiter sofort den Abscess zu eröffnen.

Bei den noch übrig bleibenden, zum Exitus gekommenen Pat. ist nicht einzusehen, dass eine andere Behandlungsmethode bessere Erfolge erzielt hätte.

In keinem der zur Section gelangten Fälle ergab sich das Vorhandensein einer Pyosalpinx. Es soll das aus dem Grunde hier Erwähnung finden, weil in neuerer Zeit von englischen Gynäkologen, besonders von Cullingworth[20]), die Ansicht ausgesprochen worden ist, dass parametritische Abscesse fast immer oberhalb des Poupartschen Bandes sich vorwölben, während eine das hintere Scheidengewölbe vordrängende Eiteransammlung als Pyosalpinx anzusprechen sei. Bei unseren zum Exitus gelangten Kranken war das Exsudat nur von der Scheide aus nachweisbar, und nur einmal ergab die Obduction das Bestehen einer doppelseitigen Hydrosalpinx.

Ich möchte diese Arbeit nicht schliessen, ohne meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Gusserow, für die freundliche Überlassung des Materials und Herrn Prof. Dr. Nagel für die liebenswürdigen Ratschläge, die er mir bei der Anfertigung der Arbeit zu teil werden liess, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Bandl: Krankheiten der Tuben.
2. Luschka: Die Lage der Bauchorgane des Menschen. Karlsruhe 1873.
3. König: Über die Bedeutung der Spalträume des Bindegewebes für die Ausbreitung der entzündlichen Processe. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge No. 57.
4. W. A. Freund: Gynäkologische Klinik.
5. Thomas: Lehrbuch der Frauenkrankheiten.
6. Pozzi: Lehrbuch der Gynäkologie.

7 a. Landau: Zur Pathologie und Therapie der Beckenabscesse mit besonderer Berücksichtigung der vaginalen Radicaloperation. Arch. f. Gynäk. 1894.

7 b. Über Heilung der Beckenabscesse mit besonderer Berücksichtigung der vaginalen Radicaloperation. Berliner klinische Wochenschrift. Bd. 31.

8. Schauta: Verhandlungen der 5. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie zu Breslau.
9. Noeggerath: Die latente Gonorrhoe beim weiblichen Geschlechte.
10. Gusserow: Erfahrungen über Pyosalpinx und deren operative Entfernung. Arch. f. Gyn. 1888.
11. v. Rosthorn: 40 Fälle von Abtragung und Entfernung der Anhänge der Gebärmutter. Arch. f. Gyn. 1890.
12. P. Zweifel: Über Salpingo-Oophorectomie. Arch. f. Gyn. Bd. 39.
13. L. Landau: Über Tubensäcke. Arch. f. Gyn. 1891.
14. Péan: Quelques considérations sur la diagnose et le traitement de certaines tumeurs de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale. Arch. de Tocol. et Gyn. 1891.
15. Segond: De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-uterins.
16. Buschbeck und Ettinger: Die operative Behandlung der para- und perimetritischen Exsudate. Arch. f. Gynäk. 1895.
17. Schröder: Lehrbuch der Frauenkrankheiten.
18. Winter: Gynäkologische Diagnostik.
19. Virchow: Über puerperale diffuse Metritis und Parametritis. Arch. für pathol. Anatomie Bd. 23, 1862.
20. Cullingworth: In dem Handbuch der Gynäkologie von Allbut und Playfair.

Thesen.

I.

Ein eitriges Exsudat, das sich hauptsächlich nach der Vagina vorwölbt, darf nicht a priori für eine Pyosalpinx angesprochen werden.

II.

Die Äthernarkose verdient in der Regel den Vorzug vor der Chloroformnarkose.

III.

Bei der Behandlung der Spondylitis sind die Lagerungsvorrichtungen den portativen Stützapparaten entschieden vorzuziehen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Siegmund Isenburg, mosaischer Religion, wurde als Sohn des Kaufmanns Max Isenburg am 22. Juli 1870 zu Kriescht im Kreise Sternberg geboren. Er absolvierte das Gymnasium zu Cüstrin, erhielt hier Michaelis 1888 das Zeugnis der Reife und studierte zuerst in Berlin, dann in Heidelberg, von wo er Michaelis 1894 nach Berlin zurückkehrte. Hier bestand er die ärztliche Vorprüfung, das Examen rigorosum und erhielt am 8. Juli 1897 seine Approbation als Arzt.

Während seiner Studienzeit besuchte Verf. die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Docenten:

Arnold, Baginsky, v. Bardeleben (†), v. Bergmann, E. du Bois-Reymond (†), Czerny, Erb, Ernst, Fehleisen, Gerhardt, Gusserow, Hartmann (†), Heubner, v. Hofmann (†), Katz, Klemperer, Krause, Kundt (†), Langerhans, Leber, Lewin, v. Leyden, Liebreich, Lossen, Mendel, Nagel, Olshausen, Rubner, Schlange, E. Schulze, Schweigger, Silex, Vierordt, R. Virchow, Waldeyer, Winter, J. Wolff.

Diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen herzlichsten Dank aus.